

UNIVERSITE DU QUEBEC

MEMOIRE

PRESENTE A

L'UNIVERSITE DU QUEBEC A TROIS-RIVIERES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAITRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

LOUISE ALBERT

ETUDE DES MODIFICATIONS

DANS LE TEMPS

DES ATTITUDES FACE AU SIDA

MARS 1991

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Table des matières

Introduction	1
Chapitre premier - Contexte théorique	6
Importance et historique de la maladie	7
Implications psychologiques et psychopathologiques	19
Attitudes face à la maladie	29
Hypothèses	37
Chapitre II - Description de l'expérience	42
Sujets	43
Instruments de mesure	47
Déroulement de l'expérience	53
Chapitre III - Analyse des résultats	55
Méthodes d'analyse	56
Résultats	57
Interprétation des résultats	69
Conclusion	77
Appendice A - Caractéristiques du groupe de 1987	82
Références	85

Sommaire

Etant une réplique partielle d'une étude réalisée en 1987, l'objectif de cette recherche est de vérifier si, en 1989, les attitudes face au sida se sont modifiées et si les relations de ces attitudes avec l'homophobie et l'anxiété face à la mort se maintiennent.

Nos hypothèses indiquent que la peur du sida et le rejet des sidéens sont moins intenses qu'en 1987 et que les attitudes face au sida ne sont plus associées à l'homophobie, mais demeurent en relation avec l'anxiété face à la mort. De plus, elles supposent une augmentation des connaissances par rapport au sida en 1989.

Pour constituer un échantillon comparable à celui de 1987, 97 étudiants universitaires formant quatre groupes ont été sélectionnés selon leur programme d'études (psychologie), leur âge (21 à 40 ans) et leur sexe (nombre sensiblement égal d'hommes et de femmes).

Le questionnaire sur le sida (Ionescu, 1987) qui comprend six parties (socio-démographique, attitudes face au sida, échelles par rapport à la mort et l'homosexualité, test

de connaissances sur le sida) a été employé.

Les résultats infirment en partie les hypothèses. L'année de passation de l'échelle d'attitudes face au sida n'a pas d'effet sur les résultats, l'homophobie est encore associée au sida et aucun lien n'existe entre les attitudes face au sida et l'anxiété par rapport à la mort. Cependant, la corrélation entre les connaissances et les attitudes face au sida tend à augmenter. Des analyses secondaires indiquent à plusieurs reprises que l'âge et le sexe ont un effet significatif aux différentes échelles.

D'autres études plus approfondies permettraient de mieux comprendre les attitudes face au sida en relation avec l'homophobie et l'anxiété face à la mort.

Introduction

Le syndrome d'immuno-déficience acquise, communément appelé "sida", figure parmi les thèmes quotidiennement abordés par les médias et ce, depuis quelques années déjà. En effet, par sa progression actuelle qui constitue une véritable pandémie, l'étude de cette affection revêt une importance capitale et suscite l'intérêt des chercheurs de divers secteurs, dont ceux des sciences humaines et sociales.

Diverses facettes de cette maladie ont été étudiées. Les attitudes face au sida, notamment, constituent un champ d'intérêt particulier pour certains chercheurs du domaine de la psychologie.

Les attitudes face au sida ont été étudiées sous plusieurs aspects. Cependant, à la lecture des publications dans ce domaine, une remarque s'impose: les modifications dans le temps des attitudes face au sida ont fait l'objet d'un nombre très restreint de recherches. De plus, on peut noter qu'elles ne permettent pas de tirer des conclusions définitives.

Plusieurs méthodes et instruments de mesure ont été employés pour évaluer les attitudes face au sida. Des

comparaisons sida et autres maladies ont été effectuées et diverses variables ont été mises en relation avec les attitudes face au sida et ce, dans tous les sous-groupes de la population.

Afin de faire, dans le cadre d'une recherche de maîtrise, une étude longitudinale de l'évolution des attitudes par rapport au sida, il était réaliste de pouvoir effectuer cette étude non pas en suivant une même population durant plusieurs années mais en utilisant des coupes transversales. La méthode employée dans cette recherche consiste donc à faire passer le même instrument à deux ans d'intervalle à deux populations comparables. Nous disposions d'un premier recueil de données effectué par Ionescu et Jourdan-Ionescu en 1987 qui avaient d'abord comme objectif de vérifier l'existence d'éventuelles différences entre les programmes d'études. Des étudiants des sciences de l'éducation et gestion/administration ont aussi participé à cette recherche, ceux-ci représentant des groupes comparatifs. Ces auteurs avaient constaté en 1987 que les attitudes face au sida sont en relation significative avec l'homophobie et l'anxiété face à la mort.

Le présent mémoire constitue une réplique partielle de l'étude de Ionescu et Jourdan-Ionescu. L'objectif poursuivi par ce mémoire est de vérifier si, deux ans après,

les attitudes face au sida se sont modifiées et si les relations de ces attitudes avec l'homophobie et l'anxiété face à la mort se maintiennent. Pour ce faire, 97 étudiants¹ (20 hommes et 28 femmes âgés de 21 à 30 ans et 21 hommes et 28 femmes âgés de 31 à 40 ans) répartis en quatre groupes presque égaux d'hommes ou de femmes ont été étudiés. Tous les sujets étaient étudiants en psychologie dans une université parisienne. Les mesures utilisées ont été un questionnaire de données personnelles, l'Echelle d'attitudes face au sida (Ionescu, 1987), l'Echelle d'anxiété par rapport à la mort (Templer, 1970), l'Echelle d'acceptation de la mort (Ray et Najman, 1974), l'Echelle d'attitudes face à l'homosexualité (Kite et Deaux, 1986) et le Test de connaissances du sida (Ionescu et Jourdan-Ionescu, 1987).

Dans le premier chapitre de ce mémoire, une revue de la littérature permet de mettre en évidence l'importance du problème, de faire l'historique de la maladie, de décrire ses implications psychologiques et psychopathologiques, et les attitudes face à la maladie. Les hypothèses de la recherche complètent ce chapitre. Le deuxième chapitre décrit l'échantillon de l'étude, les différentes mesures utilisées et le déroulement de l'expérience. L'analyse des

¹Dans ce mémoire, le générique masculin est utilisé sans discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

résultats et leur discussion font l'objet du troisième et dernier chapitre de ce mémoire.

Chapitre premier

Contexte théorique

Ce chapitre est divisé en quatre parties et situe la présente recherche dans son contexte théorique. La première partie présente l'importance du problème et l'historique de la maladie. La seconde définit les implications psychologiques et psychopathologiques du sida et la troisième traite des attitudes face à la maladie. Enfin, les hypothèses de ce mémoire constituent la dernière partie de ce chapitre.

Importance du problème et historique de la maladie

Le sida représente actuellement un fléau pour le monde entier. Ce que l'on croyait être au départ une maladie rare, s'est avéré ensuite très répandu. En effet, ce Syndrome d'Immuno-Déficiência Acquisée (sida) est devenu une véritable pandémie. La définition de Grmek (1989) dans son histoire du sida illustre cette perspective: "Une pandémie est une catastrophe au sens mathématique du terme, départ brutal dans une direction à la suite d'événements en apparence mineurs" (p.245).

Le 30 novembre 1988, 170 pays ont déclaré à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) un nombre total de

130,000 cas de sida (Olivier et Thomas, 1989). Le 31 mai 1990, le nombre de cas de sida officiellement notifiés à l'OMS atteint 263,051 (Le journal de Québec, 3 juin 1990, p.19). Cependant le nombre réel de cas de sida estimé par l'OMS est d'environ 600,000 à travers le monde. Quant au nombre de personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (V.I.H.), l'OMS estime qu'il serait environ de six à huit millions.

Parmi les différents pays d'Amérique, les Etats-Unis sont les plus affectés avec un nombre de 132,436 cas. Le Canada est quatrième quant au nombre de personnes atteintes, après le Brésil et le Mexique, pour un total de 3,735 cas dont 2,233 décès². Au Québec par contre, on estime que le virus du sida est moins répandu que prévu. En effet, en octobre 1989, le nombre de personnes infectées (c'est-à-dire le nombre de personnes séropositives) représentait autour de 10 000 cas au lieu des 100 000 déjà avancés dans le passé (information communiquée par le directeur provincial de la santé publique au Québec). Soulignons que selon les dernières statistiques du Federal Centre for AIDS (1990), le nombre de personnes atteintes par la maladie au Québec serait de 1,107.

²Données recueillies selon le rapport du 2 avril 1990 du Federal Centre for AIDS.

En ce qui concerne les pays d'Europe en juin 1989 la France précède tous les autres pays de ce continent avec un nombre de 7,149 cas, recensés à la Direction Générale de la Santé depuis la mise en place de la surveillance en mars 1982. Paris est la ville qui possède le plus haut taux de contamination, c'est-à-dire 3,584 cas, soit 50,1% de la population européenne. Ce qui justifie l'intérêt portée à cette ville dans ce mémoire.

L'Asie et l'Océanie représentent toujours les continents les moins touchés par la maladie.

Le sida est une menace potentielle pour tous, même pour les plus jeunes de la société. Selon une étude menée par le docteur Ralph Hingston de l'école de santé publique de l'université de Boston, le sida est en voie de devenir la cause numéro un de décès chez les adolescents aux Etats-Unis (La Presse, 7 juin 1989, pB3).

Comme on l'a d'abord cru, le sida n'est pas une maladie exclusivement réservée aux homosexuels, haïtiens, hémophiles, héroïnomanes ou prostituées. De par son mode de transmission (le sang et le sperme), le sida est une maladie "privée", mais son virus a envahi l'espace public en attaquant la société toute entière et ce, sans égard à la race, à la religion, à la classe sociale, ou à l'orientation sexuelle.

En plus de provoquer une peur rationnellement justifiée par l'apparence physique de la personne atteinte du sida (amaigrissement, taches bleutées du sarcome de Kaposi...), par la souffrance physique et les statistiques mettant en évidence l'issue fatale, le sida se heurte à la morale et aux tabous associés à la mort et à la sexualité. Cette observation a été précisée par Marsan (1989):

En 1989, le sida provoque une révolution imprévisible et brise les derniers silences. Par son oeuvre de mort, le sida oblige la société à intégrer une tragédie privée. Le véritable test dépiste nos archaïsmes, nos paralysies et nos torpeurs. Maladie du corps intime, le sida accuse les carences du corps social (p.13).

Certaines études ont démontré que la rapidité de diffusion de la maladie a surpris et bouleversé la population toute entière provoquant ainsi un véritable choc social (Greig, 1988; Grmek, 1989; Rozenbaum et al., 1984). L'épidémie du sida occasionne le retour des peurs irrationnelles puisqu'elle démontre en outre, l'impuissance de la médecine, celle qui avait, croyait-on, définitivement vaincu les maladies infectieuses. Bien que l'on ait précisé les modes de transmission du sida, les traitements curatifs ne sont toujours pas efficaces et l'issue de la maladie est encore fatale. Malgré les sommes considérables investies pour la recherche et les efforts colossaux fournis par les

chercheurs, le milieu scientifique n'a pas encore mis au point un vaccin ou un médicament efficace. De ce fait, la peur demeure intense.

C'est à Los Angeles, vers la fin de 1979 que le docteur Joël Weisman, praticien dans cette ville, remarqua chez ses patients homosexuels différents symptômes d'une maladie apparemment sans guérison véritable: poussées fébriles, amaigrissement, tuméfactions lymphatiques, diarrhées, muguet oral et anal... De plus, des tests démontrèrent que la plupart des hommes infectés par ce virus appartenaient au mouvement gay américain (Grmek, 1989; Rozenbaum et al., 1984).

Quelques années plus tard, en 1981 à l'University of California Los Angeles School of Medicine, le docteur Michael Gottlieb découvrit des analogies entre les symptômes de l'un de ses patients, lui aussi homosexuel, et ceux de Joël Weisman: défaillance du système immunitaire et pneumocystose³.

En mai 1981, le nombre de tels malades hospitalisés et étudiés de façon scientifique à Los Angeles passa à cinq. Le 5 juin 1981, l'agence épidémiologique le Centre de

³Pneumopathie très grave due à un micro-organisme encore mal connu et survenant chez des sujets en état de carence immunitaire (Garnier et Delamare, 1985).

Contrôle et de Surveillance des Maladies (Centers for Disease Control - CDC) d'Atlanta en Géorgie donna un premier signal d'alarme discret en publiant la première annonce officielle dans le bulletin hebdomadaire Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) (Grmek, 1989; Rozenbaum et al., 1984). Elle donna la description des cinq cas observés entre octobre 1980 et mai 1981 à Los Angeles. Des faits insolites auxquels on ne trouvait aucune explication soulignaient une mise en garde: l'homosexualité des jeunes hommes atteints et leur âge (29-36 ans). De plus, tous les cinq souffraient de pneumocystose, de candidose⁴, ils ne présentaient aucune cause connue d'immuno-dépression et tous inhalaient des "poppers" (nitrite d'amyle ou de butyle)⁵. Cette dernière caractéristique pourrait expliquer l'apparition d'un cancer particulier dans un groupe social précis: les homosexuels masculins et les toxicomanes. Cependant, cette croyance fit réagir les presses gay et libérale de New-York, San Francisco et Los Angeles pendant l'été de 1981. Elles publièrent entre autres choses que ce "gay cancer" n'était que pure invention

⁴Nom générique donné aux maladies provoquées par des champignons: affections locales, muguet ou autres manifestations muqueuses, cutanées, digestives ou pulmonaires; ou affections générales, septicémie (Garnier et Delamare, 1985).

⁵Les "poppers" que l'on renifle sont conditionnés dans de petits flacons. Largement utilisé par les homosexuels américains, le nitrite d'amyle aurait, selon la croyance, des propriétés aphrodisiaques.

de la part des médecins homophobes.

La gravité de la maladie était impressionnante et malgré tous les traitements effectués, notamment de chimiothérapie intensive, deux des cinq malades succombèrent à la maladie et les trois autres ne semblaient guère être en voie de guérison.

Le 4 juillet 1981, on publia dans le MMWR, un deuxième communiqué encore plus étonnant. Dans cet article, on informait la communauté médicale que depuis les trente derniers mois, vingt-six hommes étaient atteints d'une maladie cancéreuse rare qui se répandait dans la communauté gay de New-York: le sarcome de Kaposi⁴ (Grmek, 1989; Rozembaum et al., 1984). De toute évidence, les malades de New-York ne possédaient pas les caractéristiques "raciales" associée à cette affection déjà répartie dans certaines régions du monde. Les malades étaient relativement jeunes et de plus, l'affection dont ils étaient atteints était beaucoup plus effrayante: son évolution, ayant pour seule issue la mort, est beaucoup plus rapide. Dans un délai inférieur à deux ans, huit de ces vingt-six hommes étaient décédés. On

⁴ Affection de la peau observée surtout dans les pays méditerranéens, en Europe Centrale et Orientale et chez les hommes âgés entre 40 et 60 ans. La maladie évolue en deux à dix ans vers la mort. Il existe aussi une forme particulière associée aux Noirs d'Afrique Equatoriale et Centrale (Garnier et Delamare, 1985).

souligna encore des similarités entre ces cas: âgés de moins de cinquante et un ans (âge moyen de trente-neuf ans) et homosexuels.

Cet événement prenait une ampleur insolite. Jamais on avait établi de lien entre cette forme de tumeur (sarcome de Kaposi) et les pratiques sexuelles.

Le 3 juillet 1981, c'est-à-dire le jour précédant le deuxième communiqué du MMWR, le grand public fut informé par le New-York Times de l'apparition de ce phénomène pathologique curieux qui intriguait les spécialistes et qui effrayait les gays de New-York.

A la parution de ce communiqué, personne n'aurait certainement pu soupçonner que ce serait le début de la maladie de la fin du vingtième siècle, ni que cela deviendrait le thème de milliers de pages dans tous les journaux du monde.

La cause de ce mal était inconnue et la preuve de contagion manquait encore. La pneumocystose n'était pourtant pas transmissible, disait-on. Cependant, les médecins ont commencé à croire que l'immuno-dépression pouvait être à l'origine de ces diverses affections.

Le 28 août 1981, les CDC d'Atlanta publièrent que le nombre de cas signalés dépassait la centaine (Grmek, 1989;

Rozembaum et al., 1984). La létalité était effrayante: 40% de ces malades (parmi les 108 enregistrés) étaient déjà décédés.

En Europe, les deux seuls cas signalés pendant plusieurs mois, et ce après la publication du premier communiqué des CDC, c'est-à-dire durant l'été de 1981, le furent au Danemark. D'ailleurs, un de ces Danois, le premier des deux cas signalés, avait eu des partenaires sexuels à New-York. Après Copenhague, c'est ensuite à Londres, à Genève et à Paris qu'on s'aperçut de la présence de ce mal étrange.

D'après les notifications officielles des Etats membres de l'OMS, il y avait, à la fin de 1981, 36 cas reconnus de cette affection en Europe (Grmek, 1989). Ces cas semblaient confirmer la conception de cette maladie par les Américains: celle d'un syndrome propre aux homosexuels. En fait, il s'agissait là d'un cercle vicieux puisque pour d'abord diagnostiquer la maladie, l'homosexualité était un critère essentiel. Par exemple, des cas de femmes décédées dans des conditions comparables à celles provoquées par cette maladie n'ont fait état de rapprochements qu'après quelques années.

Pendant ce temps, les responsables de la santé publique commencèrent à s'inquiéter de plus en plus

sérieusement en raison des dangers d'épidémie. Or, on commença à croire que la menace d'atteinte de cette maladie planait désormais autant sur les hommes hétérosexuels que sur les femmes.

A l'été 1982, des preuves de l'étiologie virale de la maladie seront faites par quatre institutions qui ont travaillé à la reconnaissance du sida: deux américaines (les CDC; National Institutes of Health - NIH), une française (l'Institut Pasteur) et une internationale (l'Organisation Mondiale de la Santé - OMS).

Au début de l'histoire de cette maladie, les premières appellations données se référaient à l'homosexualité. On parlait de "gay pneumonia", de "gay cancer" voire même de "gay plague"⁷. On commençait aussi à utiliser des acronymes tels que GRID (Gay-Related Immune Deficiency / immuno-déficience relative à l'homosexualité).

Pendant l'année 1982, d'autres populations à risque ont été identifiées. Des cas de femmes, d'hémophiles et un nourrisson transfusés ont été repérés. La maladie est donc transmissible par le sang transfusé ou par ses dérivés. Le syndrome a perdu sa particularité gay et on a définitivement donné un nom à la maladie: AIDS (Acquired Immunodeficiency

⁷"plague" signifie en français: peste.

Syndrome). L'usage officiel de ce sigle a débuté en été 1982. En France, on créa un sigle analogue: S.I.D.A. (Syndrome d'Immuno-Deficiencie Acquise). Il fallait aussi créer un adjectif et un substantif pour désigner la personne atteinte du sida[®].

En Europe, les articles alarmants apparaissent seulement à partir de l'été 1983 (Grmek, 1989). On alerte et on rassure en même temps. Un fléau vient de s'abattre sur l'humanité mais on mentionne qu'il ne touche que des "groupes à risque" ou "groupes cibles". Etant donné que les homosexuels ne sont plus les seuls menacés par cette affection, on s'applique alors à dire que ce sont surtout les marginaux qui sont touchés. On console la population en disant que cette maladie n'est que provisoirement mortelle puisque les "savants" travaillent pour trouver le vaccin protecteur et l'antibiotique nécessaire.

Le virus responsable est isolé en 1983 mais on admet son rôle étiologique qu'à partir de 1984. C'est d'ailleurs au cours de l'année 1983 qu'on a finalement démontré la possibilité de transmission du sida par contacts hétérosexuels. Vers la fin de cette même année, les enquêteurs des CDC en arrivèrent à la conclusion que l'agent

[®]On hésita entre "sidatique" et "sidéen". Les membres du Haut comité de la langue française décidèrent du terme "sidéen" en 1987.

causal se transmet par voie sexuelle.

D'après la définition de Leibowitch (1984): "Le sida est une maladie infectieuse liée aux effets nocifs d'un virus sur le fonctionnement de la survie des cellules de l'immunité, les lymphocytes" (p.151). Le sida est donc une maladie infectieuse à rétrovirus. Les microbes, de par leur effet sur l'organisme se multiplient et créent des infections sur plusieurs organes. Ces infections provoquent divers symptômes qui constituent les signes du sida: fièvre et sueurs nocturnes, fatigue générale, diarrhée, amaigrissement, ganglions superficiels et lésions cutanées bucales. L'association de ces symptômes chez un même sujet et ce, de façon durable ou répétée, suggère l'indice d'une maladie en évolution, une infection au virus du sida. Concernant les lésions kaposiennes, elles sont assurément une manifestation précoce de l'infection au virus du sida à la condition qu'elles soient disséminées.

Dans un délai imprévisible, la maladie évolue vers un état d'immuno-déficience grave qui implique la perte des systèmes de défense et par le fait même, la possibilité d'infection et de réinfection à un tel ou tel virus qui mènera, comme ce fut le cas jusqu'à présent, vers une mort certaine.

Implications psychologiques et psychopathologiques

La reconnaissance des implications psychologiques et psychopathologiques provoquées par le sida a été rapide dans l'histoire de cette maladie. En effet, dans l'approche multidisciplinaire du sida, la psychologie et les psychologues jouent un rôle très important.

La prévention, qui constitue d'un point de vue clinique un facteur très important associé à cette maladie, concerne fortement le domaine de la psychologie. L'American Psychological Association a adopté, en 1986, une "résolution sida" (Abeles, 1986) qui, dans l'article no.7, suggère entre autres que les psychologues tentent de combattre les peurs du public face au sida par l'éducation et les activités professionnelles (cours, conférences, counseling, thérapie, recherches...).

Il est nécessaire de bien comprendre la problématique du sida pour ainsi répandre l'information et trouver des moyens à utiliser pour aider la population à éviter la maladie. La prévention du sida est d'abord centrée sur l'éducation pour la santé.

Dans leurs recherches, Gariépy et Bertrand (1989) soulignent qu'il est inutile et bien dangereux d'utiliser

des arguments favorisant la peur: relier le sida à une faute ou à un châtement, ou dramatiser la situation du sida. Certains croient, selon une certaine mentalité, que les messages "passent" beaucoup mieux de cette façon. Or, Gariépy et Bertrand (1989) insistent sur le fait que cette méthode n'entraîne que la panique. La peur, selon eux, amène les gens à se renfermer, à s'isoler et à marginaliser les minorités. A long terme, la peur ne fait que détruire le climat social et diminuer la qualité de la vie. Il est donc très important de bien renseigner la population pour ainsi l'amener à discuter des valeurs et réfléchir sur ses comportements. De plus, dans l'information transmise, il est primordial de sensibiliser la population sur les comportements à adopter face aux sidéens. Informer du fait que les relations sociales avec ces derniers ne comportent aucun risque et qu'ils ont besoin de soutien afin de traverser cette dure épreuve.

Cependant, une simple éducation, tout en étant indispensable, n'est pas suffisante pour entraîner des changements de comportements. Il est nécessaire alors, d'identifier des stratégies, des plans d'actions qui, combinés avec l'information dispensée, diminueront les risques de contracter et de transmettre la maladie (Ionescu, 1989). La sensibilisation de la population aux moyens à utiliser pour éviter la contagion ou l'épidémie est

nécessaire.

Certains auteurs mentionnent dans leurs travaux quelques moyens pratiques d'éviter la contamination par le virus du sida (Gariépy et Bertrand, 1989; Greig, 1988; Montagnier, 1989; Pelletier, 1989). Etant donné le mode de transmission du virus de cette maladie (le sang et le sperme), ils insistent surtout sur les relations sexuelles protégées par l'utilisation du condom et le non partage d'aiguilles ou de seringues pouvant être contaminées. Et évidemment, ils considèrent que la solution la plus sécuritaire lors de rencontres avec des partenaires peu connus, voire même inconnus, est le "safer sex".

Lors des efforts de prévention, les populations cibles ont été au départ presque exclusivement les communautés homosexuelles et bisexuelles. Ensuite, les informateurs se sont intéressés aux toxicomanes et ils ont élaboré de nombreux programmes d'information, de sensibilisation et de prévention auprès d'eux (Ionescu, 1989).

Chez les adolescents, DiClemente et al. (1987) ont étudié la prévention du sida et ont effectué la revue de la question aux Etats-Unis; ils mentionnent diverses

recommandations à suivre⁹. Herold et al. (1990), pour leur part, ont pour objectifs d'esquisser des éléments qui pourront être utilisés par les éducateurs pour la santé lors des programmes d'éducation sexuelle orientés entre autres vers la prévention des maladies transmises sexuellement (MTS). Selon ces auteurs, les programmes d'éducation sexuelle devraient débiter tôt à l'école élémentaire pour se poursuivre à l'école secondaire. S'ils débutent à l'âge où l'adolescent est actif sexuellement, les éducateurs pourraient passer à côté du groupe d'âge à plus haut risque. Herold et al. (1990) mettent l'emphasis sur les comportements "santé" reliés à la prévention, l'acquisition et le traitement d'une MTS; l'information limitée et objective sur le sida; l'acceptation de certains aspects reliés aux MTS (acceptation de la gravité d'une MTS, acceptation de la possibilité de contracter une MTS lors de pratiques comportementales sexuelles à haut risque, etc.) et la motivation à adopter des comportements permettant de ne pas contracter une MTS.

Stein (1990), pour sa part, s'est intéressé à la population féminine en ce qui a trait à la possibilité de

⁹Parmi les recommandations à suivre dans la pratique, on peut citer celles-ci: l'information concernant le sida doit être offerte en tenant compte de l'âge des sujets; cette information doit être adaptée aux différences culturelles; l'information fournie doit être récente; l'efficacité à court terme des programmes de prévention doit être testée; etc.

développer des barrières chimiques et physiques qui obstrueraient la transmission du virus au niveau vaginal. L'utilisation du condom est effectivement la seule barrière physique utilisée présentement contre la transmission du virus du sida. La participation du partenaire masculin est cruciale. Toutefois, afin de prévenir le sida, l'homme et la femme à la fois auraient besoin d'exercer le pouvoir. Stein (1990) mentionne en conclusion que les méthodes qui pourraient être utilisées par les femmes pour la prévention de la transmission du HIV semblent être peu intéressantes au niveau des recherches nationales et internationales ainsi qu'au niveau des sciences cliniques, biologiques et sociales.

Certaines populations spécifiques ont aussi fait l'objet de recherches concernant la prévention. Il s'agit entre autres des minorités ethniques (Jimenez, 1987) et des femmes toxicomanes (Mondanaro, 1987).

Le sida sème la panique dans la population en général et dans ses sous-groupes. C'est probablement la première fois qu'une maladie relie médecine et psychiatrie à un si haut degré.

D'ailleurs, pour désigner la peur du sida, le terme "sidaphobie", par analogie à "siphiliphobie", fut développé par Freed (1983) en Australie. Cette sidaphobie se manifeste, chez des personnes séronégatives, par des

symptômes psychiatriques. D'autres auteurs qualifient ce phénomène de "pseudo-sida". Il est décrit par Forest (1988) comme étant:

...l'apparition de symptômes psychosomatiques qui ressemblent à ceux décelés chez des malades en phase de pré-sida, chez des gens appartenant en général aux groupes qui ont des comportements à risque mais dont les tests de dépistage du VIH sont négatifs (p.148).

Des études ont démontré la présence de caractéristiques communes chez ces individus: une personnalité prémorbide névrotique anxieuse; la tendance à avoir des scores bas extraversion ou des scores élevés neuroticisme au questionnaire de personnalité de Eysenck; une histoire de rapports hétérosexuels au hasard des rencontres et des signes témoignant d'un état d'anxiété (Jacob et al., 1987). Deuchar (1984) pour sa part mentionne que la panique du sida est présente souvent chez des individus dont la personnalité est caractérisée par des traits obsessifs et paranoïaques. Miller et al. (1985) révèlent deux cas présentant des symptômes psychiatriques relevant de la peur du sida. Ces symptômes sont très similaires à ceux de l'anxiété et de la dépression. Et même s'il y a infirmation du diagnostic, la peur persiste chez ces patients. Cependant, Lipkin (1985) critique les interprétations de Miller et al. (1985) qui auraient décrit, selon lui, une

anxiété compréhensible, voire normale, anxiété qui relèverait possiblement d'un contact avec une personne atteinte du sida pour un patient et d'une maladie dépressive classique chez un autre. Lipkin (1985) souligne ne pas avoir besoin de plus de confusion dans la nosologie clinique déjà imprécise. Il reproche à Miller et al. (1985) de ne pas décrire avec conviction des symptômes résultant de la peur du sida mais des manifestations de perturbations psychiatriques caractérisées en partie par la peur du sida. De plus, Lipkin (1985) redoute que la création d'un "syndrome pseudo-sida" ne nuise au diagnostic précoce de sida lorsqu'il existe réellement. Pour O'Brien (1987), la présence d'inquiétude face au sida chez certains patients ne signifie pas que l'on puisse parler d'un syndrome tel que celui de pseudo-sida décrit par Miller et al. (1985). Selon lui, le sida figure dans la phénoménologie de plusieurs patients. O'Brien (1987) mentionne que si la peur du sida peut provoquer de la psychopathologie, il y a plus important encore: la psychopathologie des malades peut être empreinte de la peur collective du sida.

Selon Forest (1988), lorsque les personnes pseudo-sidatiques n'ont pas de comportement à risque, leurs inquiétudes relèvent alors davantage de l'hypocondrie ou de phénomènes subdélirants.

Par contre, lorsqu'une personne est réellement atteinte du sida, des manifestations psychopathologiques semblables à celles de beaucoup de syndromes psychiatriques peuvent se manifester. C'est pourquoi Sabin (1987) décrit le sida comme le nouveau "grand imitateur". Les manifestations cliniques psychopathologiques du sida peuvent être réunies en deux grands regroupements: les manifestations dépressives et les troubles de type psychotique se présentant comme des périodes aiguës (Ionescu, 1989).

Parmi les manifestations dépressives, on peut remarquer l'apparition de troubles de l'humeur (Rundell et al., 1986) diagnostiqués comme réactions d'adaptation ou troubles de l'adaptation avec humeur dépressive ou avec humeur anxieuse (Holland et Tross, 1985). La dépression majeure est parfois diagnostiquée elle aussi, mais moins souvent que le trouble de l'adaptation. Il est difficile de poser le diagnostic de dépression majeure puisque les symptômes somatiques sont les mêmes que ceux du sida: fatigue, anorexie, perte de poids, insomnie (Detmer et Lu, 1986-87).

L'évolution clinique des sidéens est souvent associée à des périodes avec traits psychotiques prononcés qui peuvent imiter différents troubles tels que: psychose schizophréniforme, psychose paranoïde, schizophrénie

hébéphrénique, catatonie, hypomanie (Gabel et al., 1986; Hoffman, 1984; Jones et al., 1987; Kermani et al., 1985; Kleihues et al., 1985; Nurnberg et al., 1984; Perry et Jacobsen, 1986; Thomas et Szabadi, 1987; Volkow et al., 1987). En plus de ces troubles psychopathologiques, des troubles obsessionnels compulsifs peuvent être rencontrés (Fenton, 1987).

Les sidéens présentent différents symptômes et signes psychiatriques pour plusieurs raisons. Deuchar (1984) souligne parmi ces différentes raisons le rejet de la société, de la famille et de l'amoureux. Arrivés à l'hôpital, ces mêmes patients souffrent d'un sentiment de rejet supplémentaire, celui provoqué par l'attitude des employés professionnels et non-professionnels et des autres patients de l'hôpital. La dernière raison mentionnée par cet auteur selon laquelle le sida présente d'importantes composantes psychiatriques, en plus des composantes physiques, est reliée à la phase terminale de la maladie. Les réponses émotives associées au sida, sont décrites dans les "phases du mourir" de Kübler-Ross (1973, 1988): la dénégation et l'isolement, la colère, le marchandage et la dépression et l'acceptation. Celles-ci ne se manifestent pas nécessairement dans cet ordre et de plus, la personnalité de l'individu fait que ces phases peuvent surgir de façon dramatique et brutale. Goldmeier (1987), en se basant sur

ses observations d'homosexuels mâles atteints par le VIH, propose un modèle en sept phases précédant l'acceptation de la maladie. Il s'agit de l'état de choc (réaction à l'annonce); le déni (négation de la maladie, attitude d'indifférence); la culpabilité, la colère et la peur (homosexualité mise en cause, de l'usage des drogues ou des habitudes sexuelles considérées comme étant les sources de l'état présent, voire même de malheur); un nouveau style de vie (changement du mode de vie: "safer sex", meilleure alimentation, médecine naturelle...); l'altruisme (rapprochement avec les siens); tristesse (inévitabile à cause des nombreuses pertes: travail, santé, ami(e)s, amants, famille...); acceptation-résignation (davantage capable de discuter de son état de santé, des traitements et de l'éventualité de la mort). Comme pour les étapes énoncées par Kübler-Ross (1973, 1988), celles-ci ne surviennent pas nécessairement toujours dans le même ordre.

La clinique démontre à présent certains signes psychopathologiques associés au sida pouvant être présentés par des patients n'étant pas infectés par le VIH. Les praticiens doivent être sensibles à ces diverses manifestations psychopathologiques puisqu'elles peuvent "mimer" différents symptômes associés à de nombreux syndromes psychiatriques. De plus, il est important de souligner que les troubles psychopathologiques sont fréquents et qu'ils

peuvent être la manifestation dominante ou clinique de la maladie.

Attitudes face à la maladie

Depuis quelques années, les chercheurs des sciences humaines et sociales ont porté leur attention sur les attitudes face au sida selon plusieurs aspects et dans diverses populations.

Les premiers auteurs à s'être intéressés aux attitudes face à cette maladie sont Simkins et Eberhage (1984) qui ont publié le premier article sur ce sujet. Ils ont étudié les attitudes face au sida et aux malades du sida à partir d'une population constituée principalement d'étudiants du domaine de la psychologie à l'université du Missouri (Kansas City). A partir d'un questionnaire, il était demandé de déterminer sur une échelle de sept points, leur niveau d'implication au sujet de la transmission du sida et ses effets sur leurs comportements sexuels. La majorité des étudiants se sont dits peu concernés par le sida (70%) et apparemment, leur niveau d'activités sexuelles n'avait pas été affecté par cette maladie. Les hommes se sentaient plus concernés que les femmes. Une minorité de répondants (24.1%) ont déclaré que le sida avait provoqué des changements dans leurs comportements sexuels depuis une année.

Les recherches bibliographiques démontrent que certains auteurs croient que le premier article démontrant la peur du sida a été celui de Judson (1983) publié antérieurement à celui de Simkins et Eberhage (1984). Lors de ses diverses recherches, Judson (1983) a constaté une diminution significative de la fréquence de la gonorrhée chez les homosexuels. Cette diminution, étant absente chez les hétérosexuels, amène Judson (1983) à considérer qu'en raison du sida, les homosexuels ont changé leur style de vie sexuelle. Evidemment, cela semble discutable puisque le sida n'est pas nécessairement responsable de ces changements et qu'il a pu s'agir de plusieurs autres facteurs.

Des recherches ont aussi été effectuées selon les groupes d'individus. Notamment, certaines d'entre elles ont porté sur des groupes d'étudiants. DiClemente et al. (1986) ont étudié les connaissances, les attitudes et les croyances face au sida chez 1,326 adolescents qui fréquentaient des écoles dans le district de San Francisco. Deux questionnaires ont été utilisés. Un questionnaire de trente questions évaluait le niveau de connaissances des étudiants sur les causes, les facteurs de transmissions et le traitement du sida. L'autre questionnaire comportait onze questions et avait pour objectif l'évaluation des attitudes et des croyances des adolescents au sujet de leur prédisposition à contracter le sida et la nécessité d'inclure

des séances d'information à l'école. Les résultats démontrent que les étudiants possèdent quelques connaissances sur le sida. Toutefois, même si ces derniers connaissent les modes de transmission de la maladie, ils semblent susceptibles de participer à des relations sexuelles non protégées. La reconnaissance de ces faits est aussi soutenue par les résultats de Svenson et Varnhagen (1990) chez une population d'étudiants de première année d'une université d'Alberta. Concernant le traitement du sida, selon DiClemente et al. (1986), les adolescents sont moins informés. Etrangement, seulement 25,3% des étudiants étaient au courant que "il n'y a aucun vaccin disponible présentement pour le traitement du sida". Seulement 60,5% des adolescents savent que le sida ne peut être guéri. Au sujet des attitudes et croyances au sujet du sida, 78,7% des adolescents confirment avoir peur d'attraper le sida et 73,7% sont préoccupés en ce qui concerne la transmission de la maladie. Plus de la moitié des adolescents, c'est-à-dire 87,6%, aimeraient recevoir de l'information à l'école sur ce sujet.

D'autres auteurs ont porté une attention plus particulière à l'homophobie en relation aux attitudes face au sida dans différentes populations.

A partir d'un questionnaire, comprenant vingt-huit

items, passé à 161 étudiants du domaine de la santé, Royse et Birge (1987) ont constaté que l'homophobie est inversement associée à l'empathie face aux victimes du sida. De plus, leurs résultats indiquent que l'homophobie est un meilleur prédicteur de la peur du sida que l'âge, le sexe, le statut marital ou le désir de faire carrière dans le domaine de la santé.

Temoshok et al. (1987), sous le titre de "peur générale du sida", créent une échelle de cinq items. Pour ces items, les répondants doivent coter leur degré d'accord sur une échelle allant de un à cinq, où un équivaut à fortement d'accord et cinq, fortement en désaccord. Goodwin et Roscoe (1988) évaluent eux aussi, grâce à une échelle comprenant neuf items, la peur du sida.

Etant donné les préjugés qui accompagnent les homosexuels à l'intérieur de la société, Morton et McManus (1986) suggèrent que les attitudes face au traitement du sida ne sont pas reliées aux connaissances spécifiques au sida mais sont plutôt le reflet des conséquences des attitudes face à l'homosexualité. Triplet et Sugarman (1987) et Kelly et al. (1987) soutiennent, eux aussi, par l'analyse de leurs résultats, la relation entre les attitudes face au sidéens et aux homosexuels.

Bouton et al. (1987) pour leur part, ont élaboré

deux échelles leur permettant d'évaluer la peur du sida et l'homophobie. Leur étude a été menée à l'université du Texas (Austin) à l'automne 1985 et ce, auprès de 528 étudiants. Des analyses factorielles ont été effectuées pour vérifier d'abord quels sont les facteurs qui sont à la base des attitudes mesurées par ces deux échelles et ensuite, pour déterminer si la peur du sida et l'homophobie sont en fait deux facettes d'une même attitude: la peur des homosexuels. Les résultats des analyses statistiques ont indiqué une corrélation de .55 ($p < .001$) entre ces deux échelles, ce qui a permis à ces auteurs de conclure que la peur du sida et l'homophobie ne sont pas seulement deux facettes d'une même attitude. Bouton et al. (1987) ont de plus constaté une plus forte homophobie chez les hommes par rapport aux femmes. Par contre en ce qui concerne la peur par rapport au sida, aucune différence n'est retrouvée entre les deux sexes. L'analyse factorielle a mis en évidence trois facteurs semblant mesurer trois variables différentes. Le facteur 1, appelé "peur de contact", explique 32.3% de la variance totale. Le facteur 2, "santé publique", explique 11.9% de la variance. Enfin, le facteur 3, dénommé "personnel" explique pour sa part 8.2% de la variance.

Selon divers auteurs, dont Morton et McManus (1986), la somme des données factuelles fournies au sujet de l'étiologie, de l'épidémiologie et des pronostics par les

différentes campagnes d'information devrait modifier les attitudes de la population face à la maladie.

En 1987, Ionescu et Jourdan-Ionescu (1989) ont effectué une recherche concernant les attitudes face au sida. L'objectif premier de leur recherche a été d'étudier les relations qui existent entre, d'une part, l'homophobie, l'anxiété par rapport à la mort, les connaissances face au sida et d'autres part, les attitudes face à cette maladie chez une population constituée en partie par des étudiants en psychologie d'universités parisiennes. Cent sujets, hommes et femmes hétérosexuels âgés de 21 à 40 ans ont participé à cette recherche. L'analyse des résultats effectuée par Ionescu et Jourdan-Ionescu (1989) démontre que les étudiantes ont plus peur du sida que les étudiants; qu'elles sont plus anxieuses par rapport à la mort que les étudiants. Pour les sujets âgés de moins de trente ans, les hommes acceptent plus la mort que les femmes et inversement, chez les plus de trente ans. De plus, les résultats démontrent que plus les sujets sont homophobes et plus leur anxiété par rapport à la mort est grande, plus la peur du sida est grande.

Ce constat rejoint celui effectué par plusieurs auteurs dont Morton et McManus (1986) qui suggèrent que les attitudes face au traitement du sida sont des conséquences des idées préconçues de la population, vis-à-vis des

homosexuels. Triplet et Sugarman (1987) et Kelly et al. (1987) appuient eux aussi cette assertion. Bouton et al. (1987) ont également découvert qu'il existe une relation entre la peur du sida et l'homophobie. Ionescu et Jourdan-Ionescu (1989) ont confirmé cette affirmation et de plus, ils ont observé une relation directement proportionnelle entre la peur du sida et l'anxiété face à la mort.

Les attitudes face au sida sont alors, en partie, le résultat des attitudes face aux homosexuels, soit l'homophobie.

L'évolution des attitudes face au sida est un facteur très important dans l'étude des attitudes face au sida. Quelques auteurs, dont Simkins et Kushner (1986), croient que les attitudes face au sida sont sensiblement identiques après deux ans. Cependant, d'autres ne sont pas de cet avis. C'est le cas notamment de Gabay et Morrison (1985) qui considèrent que les attitudes changent avec le temps.

Temoshok et al. (1987) soutiennent eux aussi qu'il existe des modifications des attitudes face au sida en relation avec le temps. Ces derniers ont élaboré un modèle général, à quatre stades, des modifications dans le temps des réponses du public à l'épidémie du sida. Ce modèle hypothétique découle d'une analyse des données obtenues en

mai-juin 1985 dans trois métropoles différentes (Londres, New-York et San Francisco) en terme d'incidence du sida et quant à la période écoulée depuis la prise de conscience du sida comme important problème de santé publique.

Le premier stade décrit par Temoshok et al. (1987) est caractérisé par la peur associée au sida et les attitudes négatives face aux homosexuels qui sont hautement reliées aux connaissances face au sida qui, elles, s'avèrent dans ce cas, faibles. Les changements apportés dans les comportements sexuels sont de ce fait associés aux préjugés face aux homosexuels plutôt qu'à une perception juste du risque ou de la connaissance d'informations correctes. Le stade 2 se distingue par un désir de la part des individus de posséder plus de connaissances face à l'épidémie. Mais ces derniers n'ont pas nécessairement moins peur. Au stade 3, après une histoire assez longue d'informations, la peur perd de son pouvoir motivant. Ceci s'explique par le fait que les comportements ont déjà changé et que l'information de base est obtenue. Même à ce stade, quelques individus demeurent non informés en raison de la peur et des préjugés. Enfin, le stade 4, qui n'est atteint que par peu d'individus, (souvent ceux qui sont à risque) est caractérisé par des personnes qui démontrent la plus faible peur du sida et qui rapportent le moins de changements dans leurs comportements sexuels (probablement parce qu'ils ont déjà été effectués) et le plus

de changements dans les comportements liés à la santé. Ces changements dans les comportements sont liés à l'augmentation des connaissances face au sida et à la perception du risque.

En résumé, certaines recherches démontrent qu'il existe des différences à l'intérieur des sous-groupes de la population, c'est-à-dire entre les hommes et les femmes, ou selon l'âge, quant aux attitudes face au sida. La plupart des chercheurs qui se sont intéressés aux attitudes face au sida ont démontré que ces dernières sont nettement des conséquences de l'homophobie et de l'anxiété face à la mort. Et de plus, quelques auteurs ont démontré que les attitudes face au sida évoluent dans le temps.

Hypothèses

La synthèse des principales études concernant les attitudes face au sida met en évidence l'importance de cette maladie en tant que pandémie et ses relations avec l'homophobie et l'anxiété par rapport à la mort. Cependant, à partir du relevé de la littérature faisant état de la question, il nous est permis de conclure qu'un nombre très restreint de recherches évalue les modifications dans le temps des attitudes face au sida. De ce fait, et en considérant l'ampleur de l'information diffusée dans le monde entier quant aux modes de transmission et aux moyens de

prévention du sida, les résultats obtenus se rapportant à l'évolution des attitudes face au sida ne permettent pas de formuler des conclusions définitives. Et pourtant, on pourrait espérer que l'information apportée quant aux moyens de transmission et donc de prévention fasse diminuer la peur du sida.

Considérant ces faits, la présente recherche se propose d'abord de vérifier, en relation avec le facteur temps, les modifications des attitudes des étudiants face au sida et les relations de ces attitudes avec l'homophobie et l'anxiété face à la mort.

En 1987, Ionescu et Jourdan-Ionescu (1989) se sont intéressés aux attitudes face au sida chez une population constituée d'étudiants de divers domaines d'études. Puisque les étudiants de psychologie sont fortement représentatifs des futurs intervenants appelés à travailler auprès des malades atteints du sida et de leur entourage, le choix d'une partie seulement de la population étudiée par Ionescu et Jourdan-Ionescu s'est avéré particulièrement intéressant pour le présente recherche. De plus, celle-ci nous concerne directement étant donné notre domaine d'études qui est la psychologie. Ce présent mémoire constitue alors une réplique partielle de l'étude de Ionescu et Jourdan-Ionescu.

Nous avons aussi choisi de distinguer deux

catégories d'âge distinctes: 21 à 30 ans et 31 à 40 ans. Ces deux groupes diffèrent quant aux pratiques sexuelles, elles-mêmes liées aux méthodes contraceptives et au nombre de partenaires sexuels, deux facteurs associés à la transmission du sida.

Comme les attitudes face au sida et l'anxiété par rapport à la mort avaient des implications différentes chez les hommes par rapport aux femmes en 1987 (cf section précédente), il nous a semblé nécessaire encore une fois, de distinguer les groupes par la variable sexe en effectuant des regroupements d'hommes ou de femmes uniquement, ce qui nous permettra d'évaluer les modifications possibles.

Puisque cette étude constitue une réplique de l'étude de Ionescu et Jourdan-Ionescu (1989), il s'avère très important de constituer une population comparable à celle de la recherche effectuée par ces auteurs: les critères de sélection de la présente étude sont identiques à ceux qui leur ont permis de constituer les groupes cibles.

Les instruments de mesures utilisés sont les mêmes que ceux employés par Ionescu et Jourdan-Ionescu dans leur recherche.

La recherche se déroule en une seule étape. Suite à l'analyse des différents questionnaires, les sujets

correspondants aux divers critères de sélection permettant de créer une population comparable à celle utilisée en 1987, seront sélectionnés.

L'objectif majeur de cette recherche est d'effectuer l'étude comparative des résultats obtenus aux différentes échelles en 1989 par rapport à 1987. L'année de recueil des données devient ainsi la seule variable indépendante de l'étude. L'analyse des différents scores obtenus à l'échelle d'attitudes face au sida, l'échelle d'attitudes face à l'homosexualité, l'échelle d'anxiété par rapport à la mort, l'échelle d'acceptation de la mort et le test de connaissances du sida sont les variables dépendantes. Le sexe et le programme d'études représentent les variables contrôlées.

Sur la base des recherches citées précédemment dans le contexte théorique, nous formulerons les hypothèses de la présente étude dans les termes suivants:

hyp.1 - parce que les renseignements transmis par les médias avisent la population des moyens de transmission, donc de prévention du sida, les scores obtenus en 1989 à l'échelle d'attitudes face au sida indiquent que la peur du sida et le rejet des personnes atteintes de cette maladie sont moins intenses que par rapport à ceux obtenus en

1987 sur une population comparable;

hyp.2 - puisque l'on sait maintenant qu'il n'y a pas que des homosexuels qui ont le sida, les attitudes face au sida ne sont plus en relation avec l'homophobie;

hyp.3 - comme il n'y a toujours pas de traitement pour le sida et que cette maladie demeure mortelle, en 1989, les attitudes face au sida demeurent en relation avec l'anxiété par rapport à la mort.

hyp.4 - étant donné l'information diffusée par les médias concernant le sida, il y a augmentation des connaissances par rapport au sida en 1989; cette augmentation explique les changements d'attitudes.

Chapitre II

Description de l'expérience

Ce chapitre décrit les sujets choisis pour l'étude, les instruments de mesure utilisés et le déroulement de l'expérience.

Sujets

L'étude, qui constitue une réplique partielle d'une étude effectuée en 1987 par Ionescu et Jourdan-Ionescu (1989), a été effectuée auprès de 97 étudiants répartis dans quatre sous-groupes d'environ le même effectif. Tous ces groupes ont été constitués d'étudiants d'une université parisienne, soit Paris VIII ou Paris X.

Puisqu'il est essentiel de constituer une population comparable à celle de l'étude de Ionescu et Jourdan-Ionescu (1989), les critères de sélection de la présente recherche, énumérés ci-dessous, sont semblables à ceux qui ont été utilisés par ces auteurs il y a deux ans. Ils ont pu être contrôlés grâce au questionnaire visant à recueillir les données personnelles (qui sera décrit dans la section suivante de ce chapitre).

D'abord, tous les sujets devaient être étudiants dans un même programme d'études universitaires, soit la

psychologie. L'intérêt porté à ce champ d'études, seul impliqué dans la présente recherche, provient du simple fait que ce dernier représente un secteur où la personne humaine et l'aide apportée à celle-ci constitue la principale préoccupation. Les étudiants de ce secteur seront donc de futurs intervenants possiblement appelés à oeuvrer auprès des personnes touchées de près ou de loin par le sida.

L'âge constituait le deuxième critère de sélection. Les sujets devaient être âgés entre 21 et 40 ans inclusivement pour ainsi constituer quatre groupes dont deux groupes de personnes âgées de 21 à 30 ans et deux autres groupes de 31 à 40 ans. Le choix de ces groupes d'âge est associé aux pratiques sexuelles, elles-mêmes liées au nombre de partenaires sexuels et aux méthodes contraceptives (items dix-sept, dix-huit et vingt et un du questionnaire).

Le sexe était le troisième et dernier critère de sélection. Les quatre groupes étaient constitués de deux groupes d'hommes (représentés par la lettre "M" dans les tableaux) et deux groupes de femmes (représentés par la lettre "F" dans les tableaux), soit un groupe d'hommes et un groupe de femmes âgés de 21 à 30 ans ainsi que un groupe d'hommes et un groupe de femmes âgés de 31 à 40 ans. Le tableau 1 rapporte la distribution des quatre groupes de sujets selon leur âge (en années) et leur sexe.

Tableau 1

Répartition des sujets de la recherche de 1989 selon
l'âge chronologique et le sexe

Sexe	N	Age chronologique (en années)		Dispersion
		Moyenne	Ecart type	
M	20	26.25	3.10	21-30
F	28	24.46	3.19	21-30
M	21	35.19	3.34	31-40
F	28	36.50	3.05	31-40

Il faut souligner que pour les fins de cette étude, n'ont été retenus que les étudiants s'étant déclarés "hétérosexuels" et ce, afin de constituer une population homogène et ainsi mieux contrôler les attitudes par rapport à l'homophobie. De plus, n'ont été retenues que les personnes originaires de la France dans le but de créer une population comparable à celle utilisée par Ionescu et Jourdan-Ionescu (1989) dans leur étude effectuée en 1987. A cet effet, le tableau 2 rapporte le nombre de sujets (N), les moyennes et écarts-types reliés à l'âge et la dispersion des groupes selon l'année de recueil des données.

Il est important de noter que les âges moyens des

étudiants, selon les deux années de recueil des données, ne sont pas significativement différents (voir tableau 2). Le tableau 3 démontre pour sa part que le nombre de personnes dans chaque niveau de scolarité n'est pas très différent selon l'année de recueil des données, c'est-à-dire que l'on retrouve sensiblement le même nombre de personnes dans chaque niveau pour l'année 1987 et l'année 1989. Les niveaux scolaires des universités françaises tels que DEUG, licence, maîtrise, DESS et DEA sont représentés respectivement par les chiffres un à cinq dans les tableaux.

Tableau 2

Répartition de l'ensemble des sujets selon
l'année et l'âge chronologique

Année	N	Age chronologique (en années)		Dispersion
		Moyenne	Ecart-type	
1987	100	30.00	5.33	21-40
1989	97	30.71	6.22	21-40

$F(1,196)=0.7445$, n.s.

Tableau 3
 Comparaison des niveaux de scolarité selon
 l'année de recueil des données

Année	N	Niveaux				
		1	2	3	4	5
1987	100	25	27	30	18	0
1989	97	22	37	20	17	1

$\chi^2=4.738$, n.s. ($p=.3153$)

Instruments de mesure

1) Un questionnaire vise à obtenir les renseignements concernant les données personnelles, notamment, en premier lieu, les données socio-démographiques classiques concernant les répondants: âge, sexe, pays d'origine et de résidence, état civil, nombre d'enfant(s) et leur âge.

En deuxième lieu, les sujets doivent indiquer leur programme d'études ainsi que le niveau s'y rapportant. Un groupe de questions a trait aux sources de revenus, à la manière de se loger et à la religion que pratique ou non le répondant. D'autres questions portent sur les éventuelles expériences avec la maladie et les malades (soit par l'entremise de stages en milieu hospitalier, soit par des

problèmes possibles de santé chez le sujet ou ses proches) et aux expériences en rapport avec la mort (accompagnement d'une personne lors de la période précédant son décès). Une question spécifique concerne le sida: il s'agit du fait de connaître ou d'avoir connu quelqu'un atteint du sida.

La dernière partie de ce questionnaire se concentre sur la vie sexuelle du répondant: utilisation de méthodes contraceptives, type d'orientation sexuelle et nombre de partenaire(s) sexuel(s).

L'utilisation de ce questionnaire permet d'abord l'organisation des groupes cibles et l'élimination de toute personne homosexuelle ou bisexuelle, ayant un âge supérieur à 40 ans ou inférieur à 21 ans et/ou originaire d'un pays autre que la France. Ensuite, ce questionnaire a pour but d'établir des relations entre le niveau des connaissances face au sida et l'évolution des comportements, des attitudes face au sida. Un certain nombre de questions n'est pas directement utilisé dans ce mémoire mais pourra l'être ultérieurement ailleurs.

2) Afin d'évaluer quelles sont les attitudes face au sida, une échelle élaborée par Ionescu (1987) a été utilisée. L'Echelle d'attitudes face au sida est constituée de 19 énoncés se lisant par exemple, comme suit: "Le sida est la peste de notre siècle", "Le sida est une punition de

Dieu", "Je ne supporterai pas que mon enfant ait le sida", etc. Sur une échelle de type Likert allant de 1 (accord total) à 7 (désaccord total), les répondants doivent exprimer leur niveau d'accord au sujet de ces divers énoncés. Les scores individuels totaux peuvent varier de 19 à 133, ce dernier signifiant une très grande peur du sida et un fort rejet des personnes atteintes de cette maladie.

La fidélité test-retest (calculée à trois semaines d'intervalle sur les réponses à l'échelle des sujets qui avaient participé à l'étude effectuée en 1987 par Ionescu et Jourdan-Ionescu) est de .91. Calculée sur une autre population constituée de 141 sujets, la fidélité "split half" (Guttman) était de .62.

3) L'Anxiété par rapport à la mort a ensuite été évaluée avec une traduction de l'échelle D.A.S. (Death Anxiety Scale) de Templer (1970). Cette dernière est constituée de 15 énoncés sur lesquels le répondant doit inscrire son accord ou son désaccord, soit par vrai ou faux. Les scores individuels totaux peuvent varier de 0 à 15, ce dernier score représentant une forte anxiété par rapport à la mort. Ces différents énoncés ont trait aux réactions émotionnelles par rapport à la mort et au fait de mourir (par exemple, "J'ai très peur de mourir", "Lorsque les gens parlent de la mort, ça ne me rend pas inquiet(e)", "Je suis

souvent angoissé(e) par la rapidité avec laquelle le temps s'envole", etc.).

Cette échelle, après trois semaines, a une fidélité test-retest de .83. La corrélation de cet instrument de mesure avec un autre instrument élaboré antérieurement par Boyar (1964) est de .74 (coefficient significatif à .01). De plus, l'absence de corrélation avec l'échelle de désirabilité sociale de Marlowe-Crowne (1960) démontre que les sujets ne répondent pas en fonction d'une conformité sociale désirable, mais selon leur opinion personnelle. L'échelle de Templer (1970) possède donc de bonnes qualités psychométriques.

4) Une quatrième mesure, l'échelle d'acceptation de la mort de Ray et Najman (1974) a aussi une cotation de type Likert. Sept items - tels que: "Je sais que je n'aurai rien à craindre lors de ma mort", "La mort est une amie", "Les gens qui s'inquiètent à propos de la mort n'ont rien de mieux à faire" - permettent au répondant d'indiquer dans quelle mesure il accepte la mort. Les scores individuels totaux peuvent varier de 7 à 49, ce dernier score représentant une forte acceptation de la mort.

La corrélation entre cette échelle et celle de D.A.S. de Templer (1970) est négative (-.263) comme l'a démontré la recherche de Ray et Najman (1974).

5) Un cinquième instrument de mesure a été utilisé: l'échelle d'attitudes face à l'homosexualité de Kite et Deaux (1986). Ces auteurs ont élaboré cette échelle à partir de nombreuses critiques qu'ils ont formulées à l'égard des instruments existant alors pour évaluer l'homophobie¹⁰: nombre réduit d'items, absence de donnée concernant la fidélité et la validité, différences marquées entre ce que les items du questionnaire mesuraient (par exemple: à certains moments, le goût pour une personne de participer à un acte homosexuel, à d'autres moments celui de s'associer à des homosexuels, etc.), utilisation du choix forcé entre deux réponses ou manque de termes communément employés par toutes les personnes de différents sous-groupes de la population.

Kite et Deaux (1986) ont élaboré une échelle de type Likert ayant pour but l'évaluation des attitudes face à l'homosexualité. Cette échelle est constituée de 21 items. Citons parmi ceux-ci: "Cela ne me gênerait pas d'avoir des ami(e)s homosexuel(le)s", "Je considère le mouvement homosexuel comme une chose positive", "En tant que parent je pourrais accepter que mon fils ou ma fille soit homosexuel(le)", etc. La cotation de chacun des items peut

¹⁰Parmi les différents auteurs d'instruments auxquels Kite et Deaux font mention dans leurs critiques, il est important de citer Hansen (1982), Hudson et Ricketts (1980), Nyberg et Alston (1976), Price (1982), Smith (1971), Sobel (1976), Young et Whertvine (1982).

aller de 1 à 5 où 1 signifie accord total, 3 signifie ni en accord, ni en désaccord et 5 signifie désaccord total. La totalité des scores peut varier entre 21 et 105, ce dernier score indique qu'il n'y a aucune homophobie chez le répondant.

La consistance interne de cette échelle est de $\alpha=.93$ et la fidélité test-retest après un mois est de .71. Une analyse factorielle met en évidence un facteur majeur qui explique 42.4% de la variance (Kite et Deaux, 1986).

L'utilisation de cette échelle et l'intérêt porté au travail de Kite et Deaux (1986) provient d'une étude qui a démontré la capacité de leur instrument de prédire le comportement face à un homosexuel et ce, dans une situation expérimentale.

(6) Le dernier instrument de mesure est le test de connaissances du sida élaboré spécialement pour la recherche effectuée en 1987 par Ionescu. Cet instrument est composé de 17 items. Les 14 premiers, qui reçoivent comme cotation de zéro à un point, doivent être qualifiés de vrais ou faux par le répondant (par exemple: "Les premières études de cas de sida ont été publiées en 1981", "Le sida se transmet uniquement lors de relations homosexuelles", "Le bébé d'une mère séropositive est porteur sain", etc.).

Les trois derniers items sont des questions ouvertes qui portent sur la signification du sigle S.I.D.A., le(s) nom du(des) virus du sida et le(s) moyen(s) de prévention du sida. La cotation de deux de ces items varie de zéro à deux points et celle du troisième de zéro à trois points. Les scores individuels totaux peuvent alors varier de zéro à 25, ce dernier score indique un niveau élevé de connaissances par rapport au sida.

Déroulement de l'expérience

L'expérience qui sera décrite ci-dessous a pour but de vérifier la stabilité ou les modifications dans le temps des attitudes face au sida chez des étudiants de psychologie répartis selon deux groupes d'âges et ce, dans deux universités parisiennes (Paris VIII et Paris X).

L'expérimentation qui constitue une reprise d'une recherche effectuée il y a deux ans s'est effectuée sur une période de temps incluant janvier 1989 jusqu'à juin 1989.

Les questionnaires qui ont été expédiés par la poste ont été administrés par des enseignants dans le cadre des différents cours donnés aux UFR (Unité de Formation et de Recherche) de pratique psychologique clinique et sociale de l'Université Paris VIII et UFR des sciences de l'éducation de

Paris X¹¹.

Le questionnaire de données personnelles et les différentes échelles ont été administrés en une seule période de cours, à l'intérieur des classes. Les échelles ont été présentées aux différents groupes d'étudiants comme étant les outils d'expérimentation pour un mémoire de psychologie d'une étudiante de l'université du Québec à Trois-Rivières, mémoire dont le thème est le sida.

La confidentialité des réponses et des résultats individuels a été assurée aux répondants puisque aucun nom ou numéro n'apparaissait sur les questionnaires.

Après la passation, ces questionnaires ont été rapportés à Trois-Rivières par M. Serban Ionescu, professeur à l'université Paris VIII et à l'université du Québec à Trois-Rivières ou bien ils ont été expédiés par les différents professeurs participant à la passation. Tous les questionnaires et les différentes échelles ont été étudiés afin d'éliminer ceux dont les répondants ne correspondaient pas aux divers critères de sélection. Les questionnaires sélectionnés ont été codifiés pour des fins statistiques.

¹¹Il est essentiel de remercier M. Serban Ionescu qui s'est lui-même chargé de rechercher les groupes cibles dans les deux universités, et qui s'est assuré de la plus parfaite distribution du questionnaire et des différentes échelles. Il convient aussi de remercier les enseignants pour leur collaboration.

Chapitre III

Analyse des résultats

Le troisième chapitre est subdivisé en trois parties. La première fait état des méthodes d'analyses employées et la deuxième est consacrée aux divers résultats obtenus lors de l'expérimentation. La troisième partie offre une interprétation des résultats en fonction des hypothèses formulées à la fin du chapitre premier.

Méthodes d'analyse

Dans le but de vérifier la première hypothèse de la recherche, soit celle concernant la comparaison des scores obtenus selon l'année de recueil des données à l'échelle d'attitudes face au sida, des analyses de variance à une voie visant à établir l'existence d'un effet groupe ont été réalisées. Ces analyses ont été effectuées à l'aide de la commande ONEWAY du programme S.P.S.S. X.

Les trois dernières hypothèses de l'étude, mettant en relation les attitudes face au sida par rapport à l'homophobie, l'anxiété par rapport à la mort et le niveau de connaissances par rapport au sida ont été vérifiées à l'aide des intercorrélations, soit par le calcul des coefficients de corrélation de Pearson. Ce calcul a été réalisé à l'aide du programme S.P.S.S. X, commande "PEARSON CORR".

En dernier lieu, des analyses de variance à trois voies, des ANOVAS, ont été réalisées afin de vérifier les sources significatives de variation des résultats obtenus. Les facteurs considérés sont l'année (1987 et 1989), l'"âge" (21-30 ans et 31-40 ans) et le "sexe" (masculin et féminin). Ces analyses ont été effectuées à l'aide de la commande ANOVA du système S.P.S.S. X.

Résultats

Afin de vérifier la première hypothèse, le tableau 4 rapporte les moyennes, les écarts-types et les dispersions obtenus à l'échelle d'attitudes face au sida selon l'année de recueil des données.

Tableau 4

Moyennes, écarts-types et dispersions obtenus
à l'échelle d'attitudes face au sida

Année	N	Scores obtenus		Dispersion
		Moyenne	Ecart-type	
1987	100	57.94	10.54	36-83
1989	97	58.64	10.12	28-84

$F(1,196)=0.2253$; n.s.

A la lecture de ce tableau, nous constatons que les

moyennes et les écarts-types obtenus ne sont guère différents. Les résultats de l'analyse de variance ne démontrent aucun effet significatif "année" par rapport aux résultats obtenus. La dispersion des scores démontre, toutefois, qu'en 1989, les notes minimales obtenues sont plus basses qu'elles ne l'étaient en 1987. Par ailleurs, les scores maxima sont pratiquement les mêmes avec seulement un point de différence. Les résultats présentés dans le tableau 4 ne vérifient pas l'hypothèse 1 de l'étude en montrant que l'année de passation de l'échelle d'attitudes face au sida n'a pas d'effet sur les résultats. L'hypothèse 1 est donc infirmée.

Concernant les hypothèses 2 et 3, les résultats des intercorrélations effectuées entre les scores obtenus à l'échelle d'attitudes face au sida et l'échelle d'attitudes face à l'homophobie en 1987 et 1989 sont rapportés dans le tableau 5. Ils ne démontrent aucune différence significative entre les deux groupes.

On remarque dans les deux cas que les scores obtenus à l'échelle d'attitudes face au sida sont en relation significative avec les scores à l'échelle d'attitudes face à l'homosexualité (corrélation négative). La peur du sida et le rejet des malades sont plus grands chez les sujets qui sont plus homophobes. L'hypothèse 2 n'est pas confirmée.

Tableau 5
Intercorrélations calculées selon l'année
de recueil des données

	Année	Attitudes homosexualité	Anxiété mort
Attitudes sida	1987	-.2005 (p=.023)	.3466 (p<.001)
	1989	-.2443 (p=.008)	.0814 n.s.

Concernant les scores obtenus à l'échelle d'anxiété face à la mort en relation à l'échelle d'attitudes face au sida (tableau 5), on constate qu'il existait en 1987, une relation significative entre les deux (corrélation positive). Par contre, en 1989, aucune corrélation n'est présente. Cela signifie qu'en 1987, la peur du sida et le rejet des malades atteints étaient plus grands chez les sujets qui avaient une plus grande anxiété par rapport à la mort. Cependant, les scores obtenus en 1989 ne démontrent aucun lien existant entre la peur du sida et l'anxiété face à la mort. L'hypothèse 3 est donc infirmée.

Puisque les trois premières hypothèses formulées dans l'étude ne se vérifient pas, des analyses de variance à trois voies (2 années x 2 âges x 2 sexes) ont été réalisées

et ce, dans le but de vérifier s'il existe des sources significatives de variation des résultats obtenus aux différentes échelles.

Tout d'abord, le tableau 6 présente l'analyse des scores obtenus à l'échelle d'attitudes face au sida par année, âge et sexe.

Tableau 6

Analyse de variance des scores obtenus à l'échelle
d'attitudes face au sida selon l'année,
l'âge et le sexe

Source de variation*	Degré de liberté	Carré moyen	F	P
Effet principal	3	266.11	2.54	n.s.
Année	1	17.99	0.17	n.s.
Age	1	8.90	0.09	n.s.
Sexe	1	770.55	7.35	.007

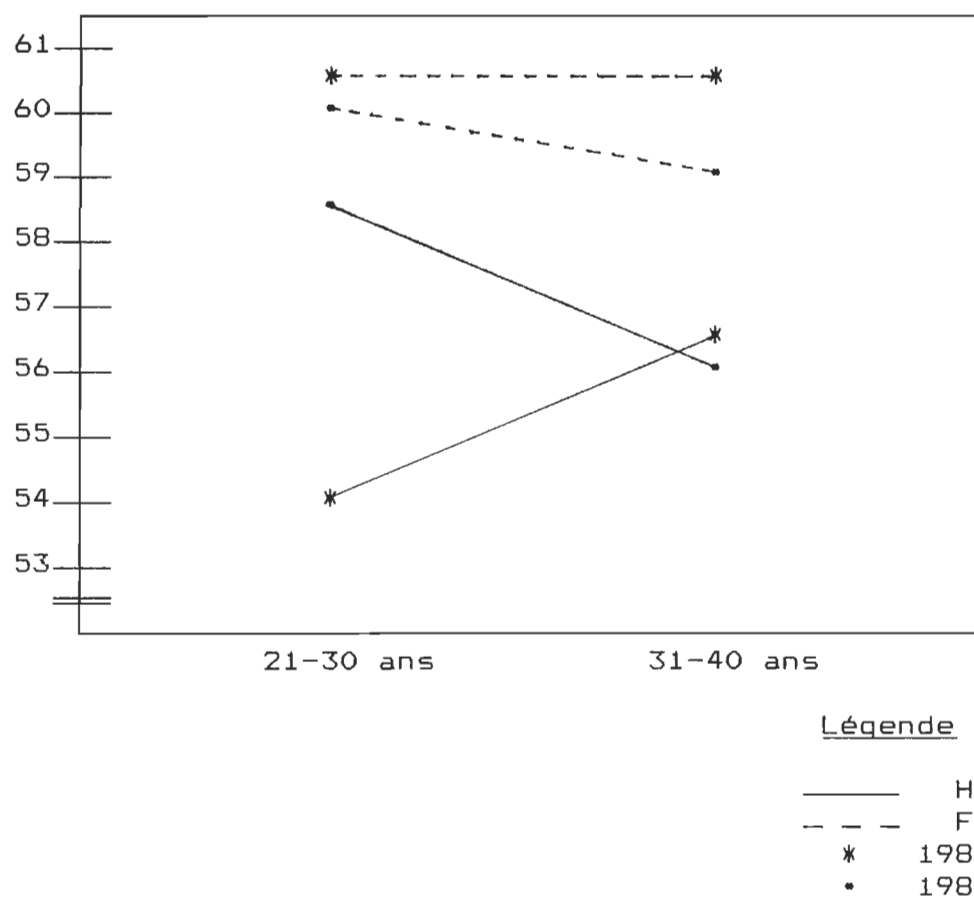
* Aucune interaction n'est significative

L'étude de ce tableau démontre la présence d'un effet "sexe" significatif.

La figure 1 expose les différences des scores obtenus à l'ANOVA pour les hommes et les femmes des groupes 1 et 2 à l'échelle d'attitudes face au sida.

Figure 1

Scores obtenus à l'échelle d'attitudes
face au sida selon l'année,
l'âge et le sexe



La figure 1 nous révèle un effet "sexe". Les femmes ont un score plus élevé à l'échelle d'attitudes face au sida, ce qui signifie qu'elles ont plus peur de cette maladie et que le rejet des personnes atteintes est plus élevé chez elles que chez les hommes.

Le tableau 7 fait état des résultats obtenus à

l'analyse de variance réalisée pour l'échelle d'anxiété par rapport à la mort et indique que le sexe a un effet significatif sur l'anxiété par rapport à la mort.

Tableau 7

Analyse de variance des scores obtenus à l'échelle d'anxiété par rapport à la mort selon l'année l'âge et le sexe

Source de variation*	Degré de liberté	Carré moyen	F	P
Effet principal	3	22.31	2.88	.037
Année	1	1.78	0.22	n.s.
Age	1	3.38	0.42	n.s.
Sexe	1	62.74	7.75	.006

* Aucune interaction n'est significative

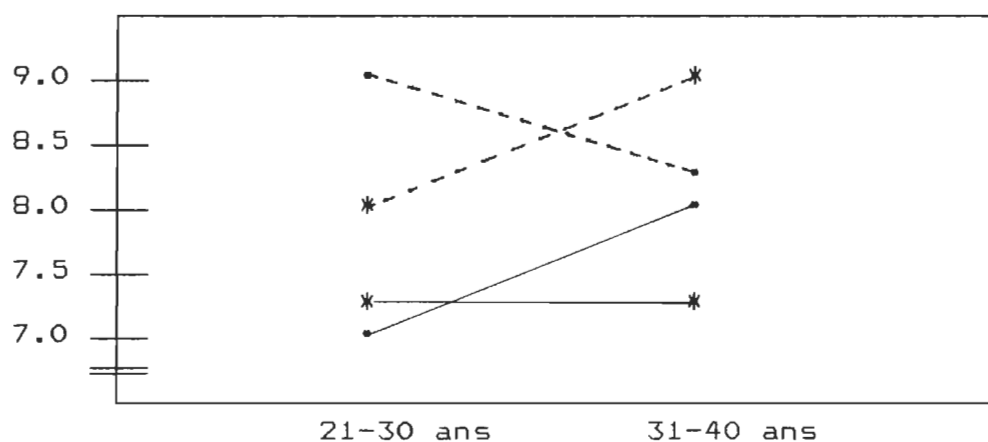
Les résultats des analyses de variance présentés dans le tableau 7 montrent que le sexe est une source très significative de variation.

La figure 2 présente les différents scores obtenus à l'échelle d'anxiété par rapport à la mort. Elle nous permet de préciser l'effet "sexe". Les femmes présentent un score plus élevé à l'échelle d'anxiété par rapport à la mort, ce qui signifie qu'elles sont plus anxieuses par rapport à la

mort que les hommes.

Figure 2

Scores obtenus à l'échelle d'anxiété par rapport
à la mort selon l'année, l'âge
et le sexe



Légende

—	H
- - -	F
*	1987
•	1989

En ce qui a trait à l'hypothèse 4, elle est d'abord vérifiée dans sa première partie par les résultats obtenus au test de connaissances du sida selon l'année de recueil des données. Le tableau 8 présente les résultats de ces analyses (ONEWAY), c'est-à-dire les moyennes, les écarts-types et les dispersions des scores obtenus.

Tableau 8

Moyennes, écarts-types et dispersions obtenues
selon l'année de recueil des données au
test de connaissances du sida

Année	N	Scores obtenus		Dispersion
		Moyenne	Ecart-type	
1987	100	14.68	2.40	6-19
1989	97	18.62	3.54	11-25

$F(1,196)=84.02; p<0.001$)

Le tableau 9, pour sa part, présente les analyses de variance des scores obtenus au test de connaissances du sida selon l'année, l'âge et le sexe.

Tableau 9

Analyse de variance au test de connaissances
du sida selon l'année, l'âge et le sexe

Source de variation*	Degré de liberté	Carré moyen	F	P
Effet principal	3	254.86	27.36	.001
Année	1	760.63	81.66	.001
Age	1	0.05	0.01	n.s.
Sexe	1	0.72	0.08	n.s.

* Aucune interaction n'est significative

Ces deux tableaux nous permettent de constater que l'"année" est source significative de variation ($F = 81.66$; $p < .001$). Comme on peut le constater, les sujets de 1989 obtiennent une moyenne de 18.62 par rapport à 14.68 au test de connaissances. De plus, les notes minimales obtenues en 1989 sont plus élevées qu'en 1987. On peut donc affirmer que les étudiants de 1989 possèdent plus de connaissances par rapport au sida que les sujets de 1987. La première partie de l'hypothèse est confirmée.

La seconde partie de l'hypothèse 4 est démontrée par des intercorrélations effectuées entre les résultats obtenus à l'échelle d'attitudes face au sida et ceux du test

de connaissances. Le tableau 10 présente ces analyses en comparant les résultats obtenus pour l'année 1987 et 1989.

Tableau 10
Intercorrélations calculées selon l'année
de recueil des données

	Année	Connaissances sida
Attitudes sida	1987	.1023 n.s.
	1989	.1514 n.s.

Le tableau 10 permet de constater qu'il n'y a aucune relation significative entre les scores obtenus à l'échelle d'attitudes face au sida et ceux du test de connaissances, à la fois pour l'année 1987 et l'année 1989. La seconde partie de l'hypothèse est infirmée. On note, toutefois, une tendance à l'augmentation de la corrélation.

L'hypothèse 4 est confirmée en partie puisqu'il y a effectivement augmentation des connaissances par rapport au sida en 1989. Toutefois, il n'existe aucune corrélation entre l'échelle d'attitudes face au sida et le test de connaissances et ce, pour les deux années.

Le tableau 11 expose les résultats de l'analyse de variance à l'échelle d'acceptation de la mort par l'année, l'âge et le sexe, en tant que autre échelle utilisée dans ce mémoire.

Tableau 11
Analyse de variance des scores obtenus à l'échelle
d'acceptation de la mort selon le groupe,
l'âge et le sexe

Source de variation	Degré de liberté	Carré moyen	F	P
Effet principal	3	211.17	3.56	.015
Année	1	0.00	0.00	n.s.
Age	1	108.36	1.83	n.s.
Sexe	1	505.39	8.51	.004
Année x Age	1	4.71	0.08	n.s.
Année x Sexe	1	6.91	0.12	n.s.
Age x Sexe	1	225.59	3.80	.053
Année x Age x Sexe	1	100.82	1.70	n.s.

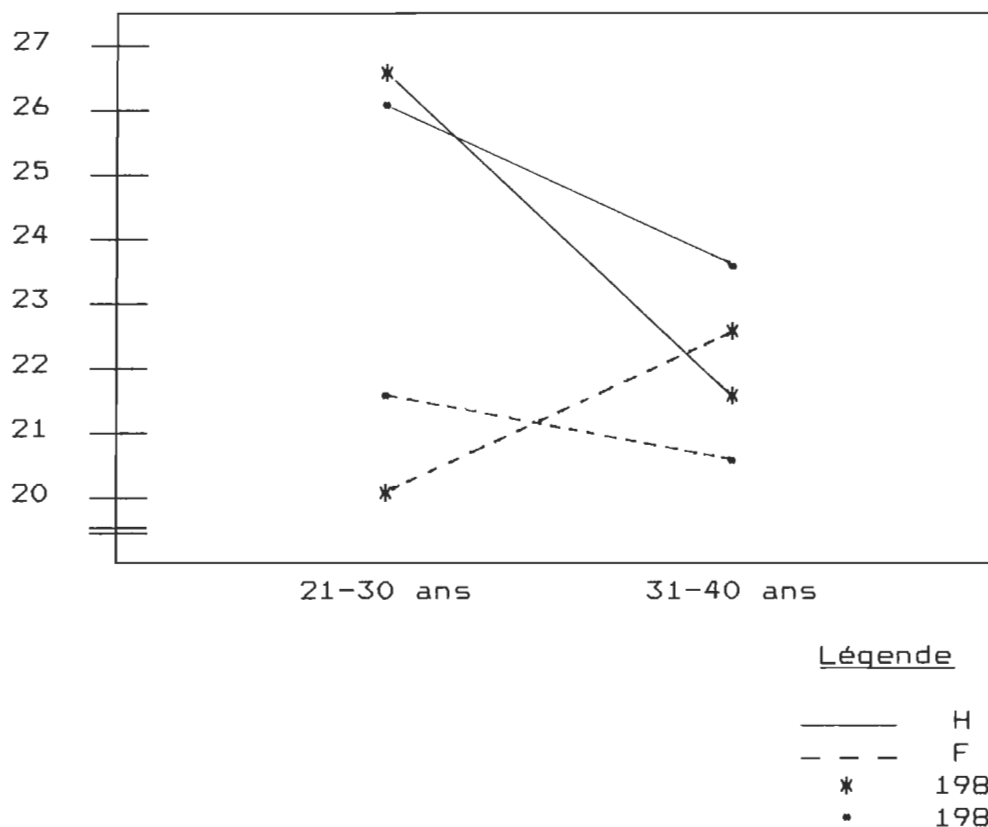
L'analyse de ces résultats, nous permet encore une fois de constater que le sexe est la seule source significative de variation ($F=8.51; p=.004$). De plus, on remarque une interaction âge x sexe à cette même échelle

dont la probabilité est proche du seuil de signification ($p=.053$).

La figure 3 nous permet de visualiser quels sont les effets significatifs à partir des scores obtenus.

Figure 3

Scores obtenus à l'échelle d'acceptation de la mort selon le groupe, l'âge et le sexe



La figure 3 nous permet, de plus, de conclure que ce sont les hommes jeunes qui présentent les scores les plus élevés à cette échelle: ils acceptent plus la mort. En

effet, l'interaction sexe x âge, démontrée par les scores les plus élevés de 26.65 et 25.95 obtenus par les hommes les plus jeunes, c'est-à-dire les 21 à 30 ans signifie une plus forte acceptation de la mort chez les hommes les plus jeunes.

Interprétation des résultats

L'interprétation des résultats est d'abord effectuée en fonction des quatre hypothèses de la recherche, c'est-à-dire la comparaison des résultats obtenus à l'échelle d'attitudes face au sida en 1987 et 1989 (hyp.1), les relations entre les attitudes face au sida avec l'homophobie (hyp.2), l'anxiété par rapport à la mort (hyp.3) et les scores obtenus au test de connaissances par rapport au sida, en relation aux attitudes face à la maladie (hyp.4). En même temps, elle aborde aussi l'effet de l'année, de l'âge et du sexe, c'est-à-dire les différentes sources possibles de variation des résultats obtenus à ces échelles. Par la suite, les résultats des analyses de variance obtenus à l'échelle d'acceptation de la mort sont analysés pour ainsi découvrir les facteurs associés aux attitudes face au sida.

Concernant la première hypothèse qui indique que la peur du sida et le rejet des personnes atteintes de cette maladie est moins intense en 1989 par rapport à 1987, nous observons d'abord, tel que démontré dans le tableau 4, que les scores obtenus en 1987 et 1989 sont sensiblement les

mêmes: 57.94 et 58.64, moins d'un point d'écart entre les deux. L'analyse de variance confirme qu'il n'existe aucune relation significative entre les scores obtenus selon l'année de recueil des données [$F(1,196)=0.2253$, n.s.). De ce fait, l'hypothèse 1 qui suggérait une réduction du niveau de la peur et du rejet des personnes atteintes du sida en 1989 par rapport en 1987 est infirmée.

Dans le contexte français, cette première constatation est assez surprenante. Puisque la France représente le pays le plus touché de l'Europe concernant le nombre de cas de sida, on sait que l'information diffusée au sujet des modes de transmissions de la maladie et les méthodes de prévention est très abondante. De ce fait, la population étant en mesure de prendre les précautions adéquates de protection contre le virus du sida, la peur de cette maladie et le rejet des personnes atteintes devraient être plus faibles en 1989. Cependant, à la lumière des résultats obtenus, il est possible de croire que le nombre très élevé de cas de sida (plus élevé en 1989 par rapport à 1987) ait provoqué un impact très différent de celui qui était attendu concernant la peur du sida et le rejet des malades atteints. En effet, il est maintenant connu de tous et de toutes que le sida est une pandémie et qu'il a envahi l'espace public. Il concerne maintenant la population toute entière. De plus, il est connu qu'une période de temps

pouvant aller jusqu'à 10 ans peut s'écouler avant qu'une personne séropositive, donc porteuse du virus, puisse présenter les symptômes de la maladie. En établissant un lien entre l'acquisition de renseignements supplémentaires et le sida, associé aux pratiques sexuelles, on peut donc supposer que les personnes ayant participé à cette étude, ayant une moyenne d'âge de 30 ans et, de surcroît, une vie sexuelle possiblement active depuis quelques années, puissent se sentir très concernées, voire même directement touchées par cette maladie. De plus, la similitude entre les scores obtenus à l'échelle d'attitudes face au sida en 1987 et 1989 pourrait s'expliquer par la somme des connaissances acquises face au sida (tableaux 8 et 9): le fait de posséder peu d'information face à une pandémie peut provoquer une grande peur puisque un sentiment de menace est éprouvé par la population (1987), et l'augmentation des connaissances peut amener un certain questionnement et provoquer une grande peur quant aux conséquences des pratiques sexuelles antérieures des sujets.

La figure 1 nous a permis de découvrir l'existence de sources significatives de variation des résultats à l'échelle d'attitudes face au sida. En effet, nous constatons qu'il existe une différence significative entre les résultats obtenus par les femmes et les hommes. Conformément aux résultats obtenus en 1987 par Ionescu et

Jourdan-Ionescu (1989), ce sont les femmes qui ont le plus peur du sida et qui rejettent le plus les personnes atteintes de cette maladie en 1989. Cette affirmation nous amène à croire que cette peur, démontrée par les femmes, est peut-être la cause d'un sentiment plus prononcé chez elles que chez les hommes d'implication ou de responsabilité face à la maladie. Ce qui les contraint, possiblement par mesure de prévention ou de protection, à rejeter ou éviter tout contact avec les sidéens.

La deuxième hypothèse de la recherche avance que les attitudes face au sida ne seraient plus en relation avec l'homophobie. L'analyse des résultats présentés dans le tableau 5 nous permet de constater qu'il existe toujours un lien entre l'homophobie et les attitudes face au sida puisque le score obtenu est significatif (corrélation négative): la peur du sida et le rejet des sidéens sont plus grands chez les sujets qui sont le plus homophobes. L'hypothèse 2 n'est donc pas confirmée.

Il nous est alors permis de penser que les croyances demeurent longtemps ancrées dans la population. En effet, la maladie a d'abord été découverte chez les homosexuels et les appellations ou acronymes associés à ce syndrome ont premièrement fait référence à l'homosexualité uniquement. De plus, puisque la population étudiée dans ce

mémoire ne comptait parmi elle que des personnes hétérosexuelles, il est possible de croire que ces dernières se sentent épargnées par la maladie et qu'elles considèrent que "ça n'arrive qu'aux autres": les homosexuels. Par conséquent, les personnes hétérosexuelles ont peur des homosexuels qui représentent pour elles un risque supplémentaire de contamination. En résumant, on peut supposer que les premières affirmations, qui mettaient en évidence les homosexuels comme population atteinte par la maladie, sont toujours très présentes dans l'esprit des hétérosexuels, ce qui a pour effet l'évitement de cette population, synonyme de maladie.

La troisième hypothèse reprend l'affirmation annonçant que les attitudes face au sida sont toujours en relation avec l'anxiété par rapport à la mort. L'analyse des résultats présentée dans le tableau 5 démontre qu'il n'existe pas de lien entre les attitudes face au sida et l'anxiété par rapport à la mort en 1989. Encore une fois, l'hypothèse n'est pas confirmée. Il existe un "effet sexe" par rapport à l'anxiété face à la mort: effectivement, les étudiantes sont plus anxieuses que les étudiants face à la mort. Ces résultats sont les mêmes que ceux obtenus en 1987 par Ionescu et Jourdan-Ionescu qui ont mis en évidence la présence d'une différence entre les hommes et les femmes par rapport à l'anxiété face à la mort.

La quatrième hypothèse affirme d'abord qu'il y a augmentation du niveau des connaissances du sida en 1989 par rapport à 1987. Ensuite, elle suggère que les changements d'attitudes face au sida sont des conséquences de l'augmentation du niveau des connaissances par rapport au sida.

En premier lieu, tel que l'on peut le vérifier dans les tableaux 8 et 9, il est permis d'affirmer que les étudiants possèdent plus de connaissances sur le sida en 1989 qu'en 1987, c'est-à-dire deux ans après la première étude. Nous pouvons d'abord croire que l'augmentation du niveau de connaissances est liée à l'intérêt porté à cette pandémie. De plus, nous pouvons croire d'après cette confirmation, que l'information diffusée par les médias a eu un effet efficace sur la population étudiante puisque cette dernière possède plus de connaissances. Cependant, tel qu'il en était le cas en 1987, la somme des connaissances par rapport au sida n'a provoqué aucune réaction sur les attitudes face au sida en 1989 (tableau 10). Par contre, on relève une légère augmentation de la corrélation.

A l'analyse des trois premières hypothèses, il a été démontré qu'aucun changement n'est survenu dans les attitudes par rapport au sida depuis deux ans, que ce soit au niveau de la peur face à la maladie ou des personnes

atteintes, de l'anxiété par rapport à la mort ou de l'homophobie. De ce fait, il n'est pas possible de suggérer que les changements d'attitudes sont liés à l'augmentation des connaissances par rapport au sida puisque les attitudes sont demeurées les mêmes. Il est donc probable - malgré la somme des informations transmises par les médias depuis deux années et malgré l'augmentation évidente de la somme des connaissances par rapport au sida chez la population étudiante - il n'y a pas eu assez de temps d'écoulé pour constater les changements d'attitudes face au sida que ce soit par rapport à la peur, l'homophobie ou l'anxiété par rapport à la mort. La légère augmentation de la corrélation irait dans ce sens. Des études effectuées ultérieurement pourraient certainement confirmer cette affirmation.

Suite aux analyses effectuées précédemment, différents résultats ont été observés sur l'échelle d'acceptation de la mort. Ceux-ci font l'objet de la discussion suivante.

Le tableau 11 et la figure 3 nous permettent de constater que le sexe ainsi que l'âge par le sexe sont sources significatives de variation des résultats à cette échelle. En effet, les hommes acceptent plus la mort que les femmes et ce sont les hommes jeunes, c'est-à-dire les 21 à 30 ans, qui présentent une plus forte acceptation de la mort.

Cette constatation va dans le même sens que celle faite par Ionescu et Jourdan-Ionescu en 1987. Alors aucune différence n'est apparue en ce qui a trait à l'acceptation de la mort, ce qui renforce l'affirmation effectuée par Ionescu et Jourdan-Ionescu (1989).

Conclusion

Le principal objectif de cette recherche, qui constitue une réplique partielle d'une étude effectuée en 1987 par Ionescu et Jourdan-Ionescu (1989), était de vérifier si, deux ans après, les attitudes face au sida se sont modifiées et si les relations de ces attitudes avec l'homophobie et l'anxiété face à la mort se maintiennent. Cette recherche était justifiée par le fait qu'un nombre très restreint d'études ont évalué les modifications dans le temps des attitudes face au sida, de surcroît, les résultats de ces recherches ne sont pas concordants.

Pour atteindre cet objectif, 97 étudiants universitaires de Paris, répartis en quatre groupes presque égaux, ont été sélectionnés selon leur programme d'études, leur âge et leur sexe. Les scores obtenus en 1989 au questionnaire sur le sida (qui comprend six parties) ont été comparés à ceux de 1987.

Les résultats de l'étude établissent que la peur du sida et le rejet des personnes atteintes ne sont pas différents de ceux de 1987. Ces résultats révèlent donc que le facteur temps, ou même la somme des informations transmises par les médias au sujet du sida, n'ont eu aucun

effet sur la peur du sida et le rejet des malades pour cette population d'étudiants. De plus, nous remarquons que, de la même manière que pour les résultats obtenus en 1987, les femmes ont plus peur du sida que les hommes et rejettent plus les personnes atteintes de cette maladie.

L'étude fait aussi ressortir qu'un lien est toujours existant, comme en 1987, entre les attitudes face au sida et l'homophobie: la peur du sida et le rejet des malades sont plus grands chez les personnes qui sont les plus homophobes.

Les résultats établissent aussi qu'il n'existe aucune relation en 1989, entre les attitudes face au sida et l'anxiété par rapport à la mort. Les analyses révèlent, de plus, que les étudiantes sont toujours plus anxieuses par rapport à la mort que les étudiants. Les résultats obtenus démontrent aussi que, comme en 1987, ce sont les hommes les plus jeunes qui acceptent le plus la mort et ce, dans la population totale d'étudiants.

Enfin, les résultats révèlent que la population étudiante en psychologie possède plus de connaissances sur le sida en 1989 par rapport à 1987.

Cette recherche a donc permis de découvrir que même si la somme des connaissances acquises sur le sida en 1989

est significativement plus élevée qu'en 1987, aucun changement n'a semblé survenir, de façon générale, quant à la peur du sida et le rejet des malades, et les attitudes face au sida par rapport à l'homophobie. D'abord, il est possible de croire que, malgré l'augmentation du niveau des connaissances par rapport au sida, les changements dans les comportements liés aux attitudes face au sida n'aient pas eu le temps de survenir. Une légère augmentation de la corrélation entre le score connaissances et le score attitudes par rapport au sida peut faire penser qu'un changement serait peut-être visible à plus long terme. Effectivement, il peut s'écouler quelque temps, voire quelques années, avant que les données factuelles concernant le sida en général soient intégrées et que les changements dans les attitudes liées au sida s'opèrent dans la population.

La portée des résultats obtenus dans ce mémoire est limitée aux étudiants hétérosexuels parisiens, répondant aux critères de programme d'études ou d'âge, utilisés dans cette étude. Des recherches effectuées dans d'autres domaines d'études (où la sensibilisation à l'être humain serait moins grande) et incluant d'autres populations (l'opinion des populations homosexuelle et bisexuelle face aux différentes échelles pourrait être fort intéressante) nous paraissent nécessaires afin d'approfondir ce sujet. Nous croyons que

les recherches dans ce domaine pourraient provoquer d'importantes retombées au niveau des attitudes face au sida et aux personnes atteintes de cette maladie, tant pour la prévention du sida que pour l'acceptation ou l'aide à apporter aux personnes atteintes.

Appendice A

Caractéristiques du groupe de 1987

Tableau 12
Répartition des sujets de 1987 selon
l'âge chronologique et le sexe

Sexe	N	Age chronologique (en années)	Dispersion
		Moyenne	
M	26	26.23	21-30
F	27	25.18	21-30
M	19	34.53	31-40
F	28	35.07	31-40

Remerciements

L'auteur désire exprimer toute sa reconnaissance et sa gratitude envers son directeur de mémoire, monsieur Serban Ionescu, MD., Ph.D., professeur au département de psychologie, pour son assistance et sa disponibilité tout au long de cette étude.

De plus, à madame Colette Jourdan-Ionescu, Ph.D., professeure au département de psychologie et co-directrice de ce mémoire, s'adressent de sincères remerciements pour son aide constante et son soutien précieux lors de l'élaboration de ce mémoire.

Références

- ABELES, N. (1986). Proceedings of the American Psychological Association, Incorporated, for the year 1985: Minutes of the Annual Meeting of the Council of Representatives August 22 and 25, 1985, Los Angeles, California, and January 31 - February 2, 1986, Washington, D.C. American Psychologist, 41, 633-663.
- BOUTON, R.A., GALLAHER, P.E., GARLINGHOUSE, P.A., LEAL, T., ROSENSTEIN, L.D., YOUNG, R.K. (1987). Scales for measuring fear of AIDS and homophobia. Journal of Personality Assessment, 51(4), 606-614.
- BOYAR, J.I. (1964). The construction and partial validation of a scale for the measurement of the fear of death. Thèse de Doctorat. Rochester, N.Y.: University of Rochester.
- DETMER, W.M., LU, F.G. (1986-87). Neuropsychiatric complications of AIDS: a literature review. International Journal of Psychiatry in Medicine, 16, 21-29.
- DEUCHAR, N. (1984). AIDS in New York City with particular reference to the psycho social aspects. British Journal of Psychiatry, 145, 612-619.
- DICLEMENTE, R.J., ZORN, J., TEMOSHOK, L. (1986). Adolescents and AIDS: a survey of knowledge, attitudes and beliefs about AIDS in San Francisco. American Journal of Public Health, 76, 1443-1445.
- DICLEMENTE, R.J., BOYER, C.B., MILLS, S.J. (1987). Prevention of AIDS among adolescents: strategies for the development of comprehensive risk - reduction health education programs. Health Education Research, 2, 287-

291.

DEUCHAR, N. (1984). AIDS in New York City with particular reference to the psychosocial aspects. British Journal of Psychiatry, 145, 612-619.

FENTON, T.W. (1987). AIDS-related psychiatric disorder. British Journal of Psychiatry, 151, 579-588.

FOREST, M. (1988). La problématique du sida. Revue Québécoise de Psychologie, 9(3), 139-151.

FREED, E. (1983). Aidophobia: letter to the editor. Medical Journal of Australia, 2, 479.

GABAY, E.D., MORRISON, A. (1985). AIDS-phobia, homophobia and locus of control. Communication présentée à l'American Psychological Association, Los Angeles.

GABEL, R.H., BARNARD, N., NORKO, M., O'CONNELL, R.A. (1986). AIDS presenting as mania. Comprehensive Psychiatry, 27, 251-254.

GARIEPY, A., BERTRAND, I. (1989). Le sida et les jeunes. Canada: Editions Fides.

GARNIER, M., DELAMARE, V. (1985). Dictionnaire des termes techniques de médecine. Paris: Editions Maloine.

GOLDMEIER, D. (1987). Psychosocial aspects of AIDS. British Journal of Hospital Medicine, mars, 232-237.

GOODWIN, M.P., ROSCOE, B. (1988). AIDS: students' knowledge and attitudes at a Midwestern University. Journal of American College Health, 36, 214-222.

GREIG, J.D. (1988). Sida: Ce que tout Canadien responsable doit savoir. Ottawa: Summerhill Press.

- GRMEK, M.D. (1989). Histoire du sida. Paris: Editions Payot, (médecine et sociétés).
- HANSEN, G.L. (1982). Measuring prejudice against homosexuality (homosexism) among college students: a new scale. Journal of Social Psychology, 117, 233-236.
- HEROLD, E.S., FISHER, W.A., SMITH, E.A., YARBER, W.A. (1990). Sex education and the prevention of STD/AIDS and pregnancy among youths. Canadian Journal of Public Health, 81, 141-145.
- HOFFMAN, R.S. (1984). Neuropsychiatric complications of AIDS. Psychosomatics, 25, 393-400.
- HOLLAND, J.C., TROSS, S. (1985). The psychosocial and neuropsychiatric sequelae of the acquired immunodeficiency syndrome and related disorders. Annals of Internal Medicine, 103, 760-764.
- HUDSON, W.W., RICKETTS, W.A. (1980). A strategy for the measurement of homophobia. Journal of Homosexuality, 5, 357-371.
- IONESCU, S. (1987). Recherche sida/projet Serban Ionescu-1987, communication personnelle.
- IONESCU, S. (1989). Psychologie, psychopathologie et sida. Psychologie Française, 34, 113-126.
- IONESCU, S., JOURDAN-IONESCU, C. (1989). La peur du sida: faits établis sur différents échantillons de population et nouvelles recherches. Psychologie Française, 34, 153-170.
- JACOB, K.S., JOHN, J.K., VERGHESE, A., JOHN, T.J. (1987). AIDS - Phobia. British Journal of Psychiatry, 150, 412-413.

- JIMENEZ, R. (1987). Educating minorities about AIDS: challenges and strategies. Family and Community health, 10, 70-73.
- JONES, G.H., KELLY, C.L., DAVIES, J.A. (1987). HIV and onset of schizophrenia. Lancet, 1(8539), 982.
- JUDSON, F.N. (1983). Fear of AIDS and gonorrhea rates in homosexual men. Lancet, 2(8342), 159-160.
- KELLY, J.A., ST LAWRENCE, J.S., SMITH, S., HOOD, H.V., COOK, D.J. (1987). Medical students' attitudes toward AIDS and homosexual patients. Journal of Medical Education, 62, 549-556.
- KERMANI, E.J., BOROD, J.C., BROWN, P.H., TUNNELL, G. (1985). New psychopathologic findings in AIDS: case report. Journal of Clinical Psychiatry, 46, 240-241.
- KITE, M.E., DEAUX, K. (1986). Attitudes toward homosexuality: assessment and behavioral consequences. Basic and Applied Social Psychology, 7, 137-162.
- KLEIHUES, P., LANG, W., BURGER, P.C., BUDKA, H., VOGT, M., LUTHY, R., SIEGENTHALER, W. (1985). Progressive diffuse leukoencephalopathy in patients with acquired immune deficiency syndrome (AIDS). Acta Neuropathologica, 68, 333-339.
- KÜBLER-ROSS, E. (1973). On death and dying. New York: MacMillan Company.
- KÜBLER-ROSS, E. (1988). Sida. Un ultime défi à la société. Canada: Editions Stanké.
- LEIBOWITCH, J. (1984). Un virus étrange venu d'ailleurs. Le sida. Paris: Editions Grasset.
- LIPKIN, B. (1985). Fear of AIDS. British Journal of Psychiatry, 147, 210.

- MARSAN, H. (1989). La vie blessée. Le sida, l'ère du soupçon. Paris: Editions Maren sell.
- MILLER, D., GREEN, J., FARMER, R., CARROLL, G. (1985). A "pseudo-AIDS" syndrome following from fear of AIDS. British Journal of Psychiatry, 146, 550-551.
- MONDANARO, J. (1987). Strategies for AIDS prevention: motivating health behavior in drug dependent women. Journal of Psychoactive Drugs, 19, 143-149.
- MONTAGNIER, L. (1989). Sida: les faits, l'espoir. Canada: Edition québécoise.
- MORTON, A.D., McMANUS, I.C. (1986). Attitudes to and knowledge about acquired immune deficiency syndrome: lack of a correlation. British Medical Journal, 293, 1212.
- NURNBERG, H.G., PRUDIC, J., FIORI, M., FREEDMAN, E.P. (1984). Psychopathology complicating acquired immune deficiency syndrome (AIDS). American Journal of Psychiatry, 141, 95-96.
- NYBERG, K.L., ALSTON, J.P. (1976). Analysis of public attitudes toward homosexual behavior. Journal of Homosexuality, 2, 99-107.
- O'BRIEN, L.S. (1987). Not a case of pseudo-AIDS. British Journal of Psychiatry, 151, 127.
- OLIVIER, C., THOMAS, R. (1989). Le SIDA: un nouveau défi médical. Québec: l'Association des médecins de langue française du Canada.
- PELLETIER, P. (1989). La souffrance du sidéen. Médium: le sida syndrôme éthique, 31, 19-22,41.
- PERRY, S., JACOBSEN, P. (1986). Neuropsychiatric manifestations of AIDS-spectrum disorders. Hospital and Community Psychiatry, 37, 135-142

- PRICE, J.H. (1982). High school students' attitudes toward homosexuality. The Journal of School Health, 52, 469-473.
- RAY, J.J., NAJMAN, J. (1974). Death anxiety and death acceptance: a preliminary approach. Omega, 5, 311-315.
- ROYSE, D., BIRGE, B. (1987). Homophobia and attitudes towards AIDS patients among medical, nursing and paramedical students. Psychological Reports, 61, 867-870.
- ROZENBAUM, W., SEUX, D., KOUCHNER, A. (1984). Sida, réalités et fantasmes. Paris: P.O.L. Editeur.
- RUNDELL, J.R., WISE, M.G., URSANO, R.J. (1986). Three cases of AIDS-related psychiatric disorders. American Journal of Psychiatry, 143, 777-778.
- SABIN, T.D. (1987). AIDS: the new "Great imitator". Journal of the American Geriatrics Society, 35, 467-468.
- SIMKINS, L., EBERHAGE, M.G. (1984). Attitudes toward AIDS, herpes II, and toxic shock syndrome. Psychological Reports, 55, 779-786.
- SIMKINS, L., KUSHNER, A. (1986). Attitudes toward AIDS, herpes II, and toxic shock syndrome: two years later. Psychological Reports, 59, 883-891.
- SMITH, K. (1971). Homophobia: a tentative personality profile. Psychological Reports, 29, 1091-1094.
- SOBEL, M. (1976). Attitudes toward homosexuality and femininity in men. Adolescence, 11, 443-453.
- STEIN, Z.A. (1990). HIV prevention: the need for methods women can use. American Journal of Public Health, 80(4), 460-462.

- SVENSON, L.W., VARNHAGEN, C.K. (1990). Knowledge, attitudes and behaviours related to AIDS among first-year university students. Canadian Journal of Public Health, 81, 139-140.
- TEMOSHOK, L., SWEET, D.M., ZICH, J. (1987). A three city comparison of the public's knowledge and attitudes about AIDS. Psychology and Health, 1, 43-60.
- TEMPLER, D.I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. Journal of General Psychology, 82, 165-177.
- THOMAS, C.S., SZABADI, E. (1987). Paranoid psychosis as the first presentation of a fulminating lethal case of AIDS. British Journal of Psychiatry, 151, 693-695.
- TRIPLET, R.G., SUGARMAN, D.B. (1987). Reactions to AIDS victims: ambiguity breeds contempt. Personality and Social Psychology Bulletin, 13, 265-274.
- VOLKOW, N.D., HARPER, A., MUNNISTERI, D., CLOTHIER, J. (1987). AIDS and catatonia. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 50, 104.
- YOUNG, M., WHERTVINE, J. (1982). Attitudes of heterosexual students toward homosexual behavior. Psychological Reports, 51, 673-674.